



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MADRID
FACULTAD DE MEDICINA
Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública

**METODOLOGÍA PARA EVALUAR LA SATISFACCIÓN
DE LOS PACIENTES DE UN HOSPITAL PÚBLICO**

Tesis Doctoral

Susana Granado de la Orden

Directores:
Dr. Juan García Caballero
Dra. Paz Rodríguez Pérez

Año 2008

AGRADECIMIENTOS

Al Doctor D. Juan García Caballero y a la Doctora Dña. Paz Rodríguez Pérez por haber aceptado la dirección de este trabajo.

A mis compañeros del Servicio de Medicina Preventiva y Gestión de Calidad sin cuya colaboración no hubiera sido posible la realización de este proyecto.

A Dña. Amparo Mancebo Izco, Jefa de Área de Estudios Sociológicos de la Dirección General de Calidad de los Servicios y Atención al Ciudadano de la Comunidad de Madrid por su inestimable ayuda en el diseño de las encuestas.

A Dña. Lola Vigil Escribano, por su constante estímulo y apoyo y por su amistad.

A D. José María Bellón Cano, por su ayuda estadística a lo largo de la realización de este trabajo.

A los pacientes del Hospital General Universitario Gregorio Marañón de Madrid.

A mi familia.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	1
<i>1.1. CALIDAD DE LA ASISTENCIA SANITARIA</i>	2
<i>1.2. INVESTIGACIÓN MEDIANTE CUESTIONARIOS</i>	4
<i>1.3. DISEÑO Y VALIDACIÓN DE CUESTIONARIOS</i>	6
1.3.1. DISEÑO Y ELABORACIÓN DEL CUESTIONARIO	8
1.3.2. VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO	11
1.3.2.1. Propiedades métricas del cuestionario	12
<i>1.4. MEDIDA DE LA SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE LA COMUNIDAD DE MADRID</i>	14
2. HIPÓTESIS Y OBJETIVO	17
<i>2.1. HIPÓTESIS DE TRABAJO</i>	18
<i>2.2. OBJETIVO PRINCIPAL</i>	19
<i>2.3. OBJETIVO SECUNDARIO</i>	19
3. MATERIAL Y MÉTODO	20
<i>3.1. DISEÑO</i>	21
<i>3.2. ÁMBITO DE ESTUDIO</i>	21
<i>3.3. POBLACIÓN DE ESTUDIO Y MUESTRA</i>	24
3.3.1 POBLACIÓN DE ESTUDIO	24
3.3.1.1 Encuesta de satisfacción posthospitalización	24
3.3.1.2. Encuesta de satisfacción del servicio de urgencias	24
3.3.1.3. Encuesta de satisfacción de consultas externas	25
3.3.2. DETERMINACIÓN DEL TAMAÑO MUESTRAL Y SELECCIÓN DE LA MUESTRA	26
3.3.2.1. Determinación del tamaño muestral	26
3.3.2.2. Selección de la muestra	27
3.3.2.2.1. Encuesta de satisfacción hospitalización	27
3.3.2.2.2. Encuesta de satisfacción de urgencias	28
3.3.2.2.3. Encuesta de satisfacción de consultas externas	29
<i>3.4. DESARROLLO DEL CUESTIONARIO Y RECOGIDA DE DATOS</i>	30
3.4.1. CUESTIONARIO DE HOSPITALIZACIÓN	30

3.4.2. CUESTIONARIO DE URGENCIAS	32
3.4.3. CUESTIONARIO DE CONSULTAS EXTERNAS	35
3.5. <i>VARIABLES DE ESTUDIO</i>	38
3.5.1. ESTUDIO POSTHOSPITALIZACIÓN	38
3.5.2. ESTUDIO DE URGENCIAS	42
3.5.3. ESTUDIO DE CONSULTAS EXTERNAS	46
3.6. <i>ANÁLISIS ESTADÍSTICO</i>	49
3.7. <i>ASPECTOS ÉTICOS</i>	54
4. RESULTADOS	55
4.1. <i>ESTUDIO POSTHOSPITALIZACIÓN</i>	56
4.1.1. DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN QUE HA CONTESTADO A LA ENCUESTA	57
4.1.2. PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS DEL CUESTIONARIO	59
4.1.2.1. Análisis de la validez	59
4.1.2.2. Análisis de la consistencia	67
4.1.2.3. Determinación del punto de corte para diferenciar pacientes satisfechos de pacientes insatisfechos	70
4.1.3. DESCRIPCIÓN Y ANÁLISIS DE LA SATISFACCIÓN	72
4.1.3.1. Descripción de la satisfacción	72
4.1.3.2. Análisis de la satisfacción	76
4.2. <i>ESTUDIO DE URGENCIAS</i>	81
4.2.1. DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN QUE HA CONTESTADO A LA ENCUESTA	83
4.2.2. PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS DEL CUESTIONARIO	88
4.2.2.1. Análisis de la validez	88
4.2.2.2. Análisis de la consistencia	97
4.2.2.3. Determinación del punto de corte para diferenciar pacientes satisfechos de pacientes insatisfechos	101
4.2.3. DESCRIPCIÓN Y ANÁLISIS DE LA SATISFACCIÓN	104
4.2.3.1. Descripción de la satisfacción	104
4.2.3.2. Análisis de la satisfacción	107
4.3. <i>ESTUDIO DE CONSULTAS EXTERNAS</i>	112

4.3.1. DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN QUE HA CONTESTADO A LA ENCUESTA	112
4.3.2. PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS DEL CUESTIONARIO	116
4.3.2.1. Análisis de la validez	116
4.3.2.2. Análisis de la consistencia	122
4.3.2.3. Determinación del punto de corte para diferenciar pacientes satisfechos de pacientes insatisfechos	125
4.3.3. DESCRIPCIÓN Y ANÁLISIS DE LA SATISFACCIÓN	128
4.3.3.1. Descripción de la satisfacción	128
4.3.3.2. Análisis de la satisfacción	130
5. DISCUSIÓN	134
5.1. <i>IMPORTANCIA DEL ESTUDIO</i>	135
5.2. <i>ASPECTOS METODOLÓGICOS</i>	139
5.2.1. CARACTERÍSTICAS DE LOS MÉTODOS PARA DISEÑAR Y VALIDAR CUESTIONARIOS	139
5.2.1.1 Diseño del cuestionario	139
5.2.1.2. Validación del cuestionario	140
5.2.2. RECOGIDA DE LOS DATOS	144
5.3. <i>DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS DEL PROCESO DE VALIDACIÓN</i>	148
5.3.1. CUESTIONARIO SERVQHOS	148
5.3.2. CUESTIONARIO SUAUH-11	150
5.3.3 CUESTIONARIO SUCE	153
5.4. <i>DETERMINACIÓN DEL “PUNTO DE CORTE” PARA DISCRIMINAR PACIENTES SATISFECHOS E INSATISFECHOS</i>	155
5.5. <i>DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS DE SATISFACCIÓN</i>	158
5.5.1. SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS	158
5.5.2. SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES DE URGENCIAS	161
5.5.3. SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES DE CONSULTAS EXTERNAS	164
6. CONCLUSIONES	166
7. ANEXOS	169
ANEXO 1. SERVQHOS: Encuesta de satisfacción de pacientes hospitalizados	170

ANEXO 2. SUAUH-11: Encuesta de satisfacción con los servicios hospitalarios de urgencias **171**

ANEXO 3. SUCE: Encuesta de Satisfacción del Usuario de consultas externas **172**

8. BIBLIOGRAFÍA **173**

1. INTRODUCCIÓN

1.1. CALIDAD DE LA ASISTENCIA SANITARIA

La calidad es definida por el Diccionario de la Lengua Española como “*la propiedad o conjunto de propiedades inherente a una cosa que permite apreciarla como igual, mejor o peor que las restantes de su especie*”¹. Definiciones más próximas a la gestión consideran la calidad como “*el conjunto de propiedades y características de un producto o servicio que le confieren su aptitud para satisfacer unas necesidades expresadas o implícitas*”². Así, calidad implica el conocimiento de unas necesidades, la presencia de un modelo de referencia con el que comparar nuestra realidad y conseguir, mediante esta realidad, satisfacer las necesidades y expectativas del cliente.

La metodología de mejora de la “*Calidad de la Asistencia Sanitaria*” empezó a ser aplicada en los años 50 en Estados Unidos. En 1951, la *Joint Comisión on Accreditation of Hospitals*³ planteó unos parámetros de calidad que debían cumplir los hospitales para ser acreditados y en 1966, A. Donabedian plantea los principios de la calidad asistencial en base a criterios de estructura, proceso y resultados⁴. Así se establecen las bases de los sistemas de calidad aplicados a la asistencia sanitaria, que han ido actualizándose con aportaciones normativas basadas en modelos de calidad como ISO⁵ y EFQM⁶⁻⁸, o los criterios de acreditación aplicados a cada uno de los niveles asistenciales de la Joint Commision⁹.

La calidad de los servicios sanitarios clásicamente se ha evaluado mediante los resultados directos e indirectos de la atención sanitaria desde el punto de vista de los profesionales sanitarios. Para evaluar la calidad de los resultados de la atención sanitaria es, sin embargo, imprescindible incorporar el punto de vista del usuario realizando

estudios de satisfacción¹⁰. Autores como Donabedian⁴ y Ware¹¹ han señalado la importancia y pertinencia de introducir la satisfacción de los usuarios con los servicios de salud (calidad percibida) como parte y complemento de otras actividades de evaluación y mejora de la calidad asistencial ya que, sólo conociendo las expectativas y necesidades sentidas por los pacientes-usuarios, se puede proporcionar una correcta orientación de los servicios prestados. El paciente evalúa la calidad no sólo valorando el resultado final, sino también en función de su percepción del servicio recibido.

Para que un servicio tenga la calidad adecuada debe, por un lado, cumplir unos estándares mínimos en la prestación del servicio desde el punto de vista del profesional sanitario, y por otro, satisfacer las necesidades y expectativas del cliente o receptor, siendo los criterios establecidos por los pacientes una parte fundamental de la evaluación de la calidad¹²⁻¹³.

Para conocer la calidad percibida por el paciente-usuario es necesario considerar los cuatro elementos que, según A. Donabedian, integran la calidad de la atención: la accesibilidad, el componente tecnológico y científico, la relación interpersonal profesional sanitario-paciente y la confortabilidad del entorno. Estos cuatro elementos, junto a otras dimensiones como la información recibida, la competencia de los profesionales, el tiempo de espera, la burocracia, etc., consideradas necesarias para valorar la orientación del servicio al cliente, deben estar presentes en los estudios dirigidos a conocer el grado de satisfacción de los usuarios con la atención recibida. El objetivo final será detectar la presencia de problemas en la asistencia y establecer propuestas para mejorar la atención.

1.2. INVESTIGACIÓN MEDIANTE CUESTIONARIOS

Existen diferentes métodos que nos permiten aproximarnos al conocimiento del nivel de satisfacción del usuario con el sistema sanitario como el análisis de quejas y sugerencias¹⁴, o la realización de estudios empleando metodología cualitativa¹⁵. Sin embargo, en nuestro medio, los estudios de satisfacción con los servicios sanitarios se realizan, habitualmente, mediante cuestionarios o encuestas de satisfacción¹⁶.

El cuestionario es un instrumento utilizado para la recogida de información, diseñado para poder cuantificar y universalizar la información. Su finalidad es conseguir la comparabilidad de la información. En términos genéricos, cuando hablamos de cuestionarios estamos hablando con frecuencia de escalas de evaluación. Las escalas de evaluación son aquellos instrumentos que permiten un escalamiento acumulativo de sus ítems, dando puntuaciones globales al final de la evaluación. Su carácter acumulativo las diferencia de los cuestionarios de recogida de datos, las entrevistas estandarizadas o los formularios¹⁷.

Los cuestionarios basan su información en la validez de la información de percepciones, sentimientos, actitudes o conductas que transmite el encuestado. Esta información es, con frecuencia, difícil de contrastar y traducir a un sistema de medida, lo que dificulta establecer los criterios de calidad de estos instrumentos.

Las encuestas de satisfacción de pacientes requieren, por tanto, una serie de propiedades psicométricas que garanticen su fiabilidad y validez, especialmente cuando

el propósito es extrapolar los resultados obtenidos a la población, y que nos permitan valorar la adecuación de la escala al fenómeno objeto de la medición y la calidad de la medida. Durante los últimos años se han desarrollado numerosos cuestionarios para medir el nivel de satisfacción del usuario con la atención sanitaria¹⁸⁻²⁰, pero no todos ellos han sido validados, lo que reduce la posibilidad de extrapolar y de comparar resultados. Esto, junto al hecho de que algunas encuestas desarrolladas y validadas en entornos geográficos distintos al nuestro pueden ser difícilmente adaptables debido a diferencias culturales, lingüísticas o en las características del Sistema Sanitario, origina la necesidad de encuestas de satisfacción validadas en nuestro medio para conocer la calidad percibida por los usuarios, detectar áreas de mejora, extrapolar resultados y permitir la comparación entre diferentes centros.

1.3. DISEÑO Y VALIDACIÓN DE CUESTIONARIOS

El proceso de construcción y validación de un instrumento de medida de resultados percibidos por el paciente es complejo y de naturaleza iterativa, y requiere el conocimiento claro del aspecto que se quiere medir. Esto, junto al hecho de que existen múltiples instrumentos de medida de resultados percibidos por los pacientes en el ámbito internacional y que estos instrumentos varían en cuanto a su contenido, propiedades métricas, métodos seguidos para su obtención y necesidades para su aplicación y uso, ha condicionado la aparición de numerosas propuestas para sistematizar la evaluación de estos instrumentos.

Por ejemplo, en España, existe una Red de Investigación en Resultados y Servicios Sanitarios (Red IRYSS²¹) que ha desarrollado el proyecto ePRO²², consistente en la elaboración y aplicación de un procedimiento estandarizado de evaluación de instrumentos de medida. El objetivo final será garantizar que al cuestionario diseñado se le puedan aplicar los mismos criterios de validez y fiabilidad que exigimos a cualquier instrumento de medida.

El cuestionario, independientemente de su complejidad de construcción, como todo instrumento de medida, debe cumplir una serie de características:

- El cuestionario elaborado y los ítems elegidos deben ser adecuados para medir lo que se quiere medir (validez de contenido). Para validar el contenido, el cuestionario debe ser sometido a valoración por parte de investigadores y

expertos que deben evaluar la capacidad del instrumento para medir todas las dimensiones que se desean medir.

- Los componentes o dimensiones del cuestionario debe estar claramente definidos de forma que cada uno contribuya al total de la escala de forma independiente.
- Debe ser fiable y preciso, es decir, capaz de ofrecer en su empleo repetido resultados veraces y constantes en condiciones similares de utilización.
- Debe ser sensible al cambio, es decir, capaz de detectar diferencias en la magnitud del constructo (cambios en los diferentes individuos y cambios en la respuesta de un mismo individuo a través del tiempo).
- Debe ser aceptado por todos los agentes implicados (entrevistador, entrevistado, investigador, etc.), considerando aspectos tales como el tiempo que se tarda en administrar el cuestionario, la capacidad de lectura y comprensión necesarias para poder contestarlo y la aceptación por parte del entrevistado de las áreas de evaluación y las formulaciones específicas empleadas en el instrumento.

1.3.1. DISEÑO Y ELABORACIÓN DEL CUESTIONARIO

El proceso de diseño y elaboración de un cuestionario requiere la contemplación de diferentes puntos. En primer lugar debemos **“definir el constructo”** o, lo que es lo mismo, definir de forma clara y precisa el objeto de la medición. Ware²³ definió, de forma conceptual, el constructo de la satisfacción del paciente como *“el intento de capturar la evaluación personal que realiza el paciente de los cuidados recibidos que no se puede conocer mediante la observación directa”*. Seguidamente se debe establecer el **contenido del cuestionario** y definir **la población a la que va dirigido**. El contenido del cuestionario se establecerá en función del constructo a medir. En el caso de la medición de la satisfacción del paciente será necesario revisar de forma exhaustiva todas las dimensiones que determinan la calidad percibida de la atención sanitaria, para lo que podemos utilizar diferentes estrategias como revisión de la literatura, reuniones de expertos y estudio cualitativo mediante técnicas de grupos focales o grupos de discusión aplicadas a pacientes, familiares y/o población general. Por último, antes de iniciar el proceso de elaboración de un cuestionario es imprescindible definir la población a la que va dirigido (edad, nivel cultural, intereses, posibles patologías, etc.).

Una vez establecido el contenido del cuestionario y la población a la que va dirigido, debemos decidir la **forma de administración y el formato del mismo**²⁴. La forma puede ser la de cuestionario autocumplimentado (enviado por correo o entregado al usuario para que lo conteste), entrevista personal o entrevista telefónica. Cada una de ellas presenta sus ventajas e inconvenientes, que deben ser ponderadas en cada caso en función del tipo de encuesta, del nivel de los informantes, del coste que podemos

asumir, etc. El formato, o estructura en la que se plasma la forma de administración, dependerá obviamente de la elección que realicemos de esta última para el desarrollo de nuestro estudio.

La encuesta telefónica o mediante entrevista personal suele ofrecer una mayor tasa de respuesta y permite explicar al entrevistado el objetivo de la encuesta y el contenido de las preguntas si fuera necesario. En general, ofrecen mejor calidad de la información, permitiendo incluso hacer comprobaciones que de otra forma no serían posibles, como asegurarse de que el entrevistado ha comprendido el sentido de la pregunta, lo que redundaría en una mayor exactitud de la respuesta. Sin embargo, su coste es más elevado y requieren el entrenamiento del entrevistador (el éxito o el fracaso de una entrevista dependen, fundamentalmente, de quien la hace).

El éxito de los cuestionarios autocumplimentados depende de múltiples variables, como del prestigio de la persona o entidad responsable de la encuesta, de la claridad o simplicidad del cuestionario, del interés de los encuestados por el objetivo de la encuesta, del nivel cultural del grupo o de la eficiencia del servicio de correos, si son enviados por este método. En el caso de optar para un estudio por esta forma de administración, es recomendable adjuntar unas instrucciones que clarifiquen los aspectos necesarios para su cumplimentación y unas líneas exponiendo el objetivo del estudio.

El siguiente paso en la elaboración del cuestionario será establecer *el número y la composición de los ítems y su ordenación*. El ítem es la unidad básica de

información y consiste, habitualmente, en una pregunta y una respuesta cerrada. El número de ítems no puede definirse *a priori* y surge, más bien, como una consecuencia de la necesidad, en función del ámbito y objeto del estudio a llevar a cabo. Es, por tanto, variable, pudiendo llegar hasta 90 preguntas. Sin embargo, es recomendable incluir un número de ítems proporcionado para cada una de las dimensiones definidas inicialmente en el constructo, procurando no repetir preguntas sobre el mismo aspecto de una dimensión. A su vez, en la formulación de las preguntas es necesario tener en cuenta aspectos como su comprensión (preguntas breves formuladas mediante lenguaje sencillo, evitar palabras que produzcan una respuesta estereotipada, evitar preguntas dobles, preguntas redactadas en sentido negativo, preguntas de comprensión dudosa) y su aceptabilidad por parte del encuestado. Una vez formuladas las preguntas, éstas deben ordenarse siguiendo la secuencia lógica del cuestionario.

Por último, una vez diseñado el cuestionario y antes de proceder a su validación, es necesario realizar una *prueba piloto* con el objetivo de identificar si el enunciado de las preguntas es correcto y comprensible y su extensión adecuada, si la categorización de las respuestas es correcta, si el ordenamiento de los ítems es lógico, si el tiempo necesario para responder al cuestionario es aceptable por parte de los encuestados o si existe rechazo a algunas de las preguntas formuladas.

1.3.2. VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO

Validar un cuestionario supone comprobar, ratificar o verificar que cumple unos criterios de validez (de constructo, de contenido y de criterio) y fiabilidad, mediante la realización de aplicaciones repetidas y mediciones contrastadas. La validación es un proceso continuo y dinámico que se encuadra dentro de un contexto temporal, geográfico y cultural. De esta forma, un cuestionario validado en EEUU en 1990 para medir la satisfacción de los pacientes hospitalizados, posiblemente no valga para medir la satisfacción de los pacientes hospitalizados en un hospital público en 2007 en la Comunidad de Madrid. Es decir, no debemos dar por buena una validación que se produjo en circunstancias distintas sin haber comprobado que se cumple adecuadamente el criterio de adaptación cultural y lingüística²⁵.

Cuando validamos un cuestionario lo que hacemos es evaluar o comprobar sus propiedades psicométricas para asegurar que, mediante su aplicación, podemos realizar comparaciones entre diferentes individuos o entre momentos diferentes del mismo individuo. El proceso de validación nos permite, por tanto, garantizar que el instrumento es válido y fiable.

1.3.2.1. Propiedades métricas del cuestionario

Validez

La definición más aceptada de validez la identifica con el grado en que el instrumento mide efectivamente lo que se supone que mide, es decir, es el grado en que las puntuaciones obtenidas reflejan la satisfacción de los usuarios a los que se aplica.

La *American Psychological Association* distinguen tres tipos de validez: de contenido, de constructo y de criterio²⁶⁻²⁷. La *validez de contenido* es la demostración de su adecuación al propósito del instrumento, es decir, es el grado en que el cuestionario y sus ítems son indicadores de lo que se pretende medir. La *validez de constructo* se basa en la descripción de las interrelaciones entre las medidas realizadas con el instrumento y los conceptos integrados en el modelo conceptual, garantiza que las medidas que resultan de las respuestas del cuestionario pueden ser consideradas y utilizadas como medición del fenómeno que queremos medir. La *validez de criterio* se refiere al grado en que las medidas obtenidas con el instrumento se asemejan o correlacionan con las obtenidas con un método de referencia, o “*Gold Standard*”, que tenga garantías de medir lo que deseamos medir. Puede a su vez dividirse en dos: validez de criterio concurrente si el instrumento y el estándar se miden en el mismo momento y validez de criterio predictiva en cuyo caso debemos conocer los datos del estándar y lo que se obtiene es la predicción.

Fiabilidad

La fiabilidad se define como el grado en que un instrumento está libre de error aleatorio. Se valora a través de la consistencia interna, la estabilidad temporal y la concordancia interobservadores²⁸⁻²⁹. La *consistencia interna* es la respuesta proporcionada a los diferentes ítems que componen una misma escala en una misma administración del instrumento, esta homogeneidad entre los ítems nos indica el grado de acuerdo entre los mismos y determinará que estos se puedan acumular y dar una puntuación global. La *estabilidad temporal* es la concordancia obtenida entre los resultados del cuestionario al ser evaluada en dos situaciones distintas una misma población que se haya mantenido estable en relación con el constructo objeto de la medición. La *concordancia interobservadores* es el análisis del nivel de acuerdo obtenido al ser evaluada la misma población en las mismas condiciones por dos evaluadores distintos. La estabilidad temporal y la concordancia interobservadores se denominan, frecuentemente, de forma genérica *reproducibilidad*.

1.4 MEDIDA DE LA SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE LA COMUNIDAD DE MADRID

Las encuestas de satisfacción con la atención sanitaria surgieron de la necesidad de contar con el paciente a la hora de evaluar la eficacia y calidad de los servicios hospitalarios. En el año 1985, el Instituto Nacional de la Salud (INSALUD) realizó ya una encuesta posthospitalización para estudiar la satisfacción de los enfermos hospitalizados en los hospitales de él dependientes³⁰. Esta encuesta se desarrolló en relación con la implantación de los *Nuevos Modelos de Gestión*, que descansaban en dos pilares fundamentales: la aplicación de técnicas modernas para la recogida de información y la humanización de la asistencia.

Desde entonces, se han realizado múltiples esfuerzos por recoger la opinión de los pacientes con la atención prestada en los hospitales públicos. Según datos del Registro de Actuaciones en Calidad de la Subdirección General de Calidad de la Comunidad de Madrid, en 2006, 23 hospitales públicos de esta Autonomía realizaron encuestas de satisfacción posthospitalización, 5 realizaron encuestas de satisfacción con el Servicio de Urgencias y 7 realizaron encuestas de satisfacción con la atención recibida en consultas externas. Durante ese mismo 2006, 10 hospitales realizaron encuestas de satisfacción con la Cirugía Mayor Ambulatoria y 3 realizaron encuestas de satisfacción en los Centros de Especialidades Periféricas.

Este aumento en el número de encuestas de satisfacción realizadas pone de manifiesto el creciente interés por conocer la opinión del paciente, dada su utilidad para

el establecimiento de mejoras en el Sistema Sanitario. Como señala Casado³¹ *“El proceso de mejora continua de las organizaciones lleva consigo un esfuerzo constante por parte de las personas que lo componen”*, y dentro de la organización sanitaria no podemos olvidar que un componente fundamental de la misma son los pacientes.

Respecto al instrumento utilizado para medir la satisfacción de los pacientes, no existe un criterio u opción uniforme a la hora de utilizar un instrumento de análisis u otro, sino que depende de los profesionales que vayan a realizar la investigación, de la experiencia del centro en la realización de estudios de opinión y, en suma, de la polivalencia que los distintos tipos cuestionarios presentan para llegar a conclusiones similares. De los 23 hospitales que realizaron encuestas de satisfacción posthospitalización en 2006, 16 utilizaron SERVQHOS que es un cuestionario adaptado al medio sanitario público español y validado por Mira y colaboradores, mientras que el resto de hospitales utilizaron encuestas propias. La forma de administración de las encuestas es variable; si bien la mayoría de los centros las envían por correo al domicilio de los pacientes, hay hospitales que optan por la entrevista telefónica y otros que la entregan en mano para que sea depositada en un buzón al alta del paciente. Por último, la metodología utilizada en la realización de las encuestas es igualmente diversa. Algunos hospitales realizan la encuesta a todos los pacientes hospitalizados durante todo el año, otros seleccionan un periodo de estudio durante el cual se realiza la encuesta mientras que algunos centros seleccionan muestras aleatorias de pacientes para encuestar. Todo lo anterior nos orienta acerca de la gran heterogeneidad existente en la medida de la satisfacción de los pacientes de nuestra Comunidad Autónoma y subraya la necesidad de disponer de cuestionarios validados que puedan ser utilizados por todos los centros.

Por último, dentro del Sistema Sanitario Público y, concretamente, en la atención especializada, se distinguen tres ámbitos asistenciales principales: la hospitalización, la atención en el servicio de urgencias y la atención en las consultas externas. Cada uno de ellos presenta unas características propias en cuanto a infraestructura, tiempos de espera y de atención e interrelación entre los profesionales, sanitarios o no, con los usuarios. Esto, junto con las particularidades de los usuarios atendidos en cada uno de ellos y sus diferentes expectativas respecto a la infraestructura que van a encontrar, el tiempo que deben esperar y la información y el trato que van a recibir, obliga a analizar la satisfacción en cada uno de estos tres ámbitos asistenciales de forma independiente.

Una vez expuesto todo lo anterior, podemos fijar los objetivos de esta tesis: el principal, revalidar un cuestionario diseñado para conocer la satisfacción en pacientes hospitalizados, y diseñar y validar dos cuestionarios para conocer la calidad percibida por los pacientes con el servicio prestado en urgencias y en las consultas externas de un hospital público universitario; el secundario, evaluar mediante su aplicación el nivel de satisfacción de los pacientes con la atención recibida.

La finalidad, por tanto, no es otra que disponer de cuestionarios validados que nos permitan conocer la satisfacción de los pacientes, extrapolar los resultados obtenidos y detectar áreas de mejora.

2. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

2.1. HIPÓTESIS DE TRABAJO

Valorar la satisfacción de los pacientes es imprescindible para poder aplicar, en un proceso de mejora continua, aquellas medidas y actuaciones que posibiliten un incremento tanto de la calidad real como de la calidad percibida en un centro sanitario, siendo necesario contar con los instrumentos adecuados para que este proceso sea posible.

Los pacientes del Sistema Sanitario Público se muestran, en general, satisfechos con la atención recibida, según muestran las encuestas y estudios realizados hasta la fecha. Sin embargo, es necesario conocer los aspectos, en los que se basa su satisfacción para así actuar sobre aquellas áreas que influyen significativamente en la calidad percibida y que son mejorables.

Por tanto, nuestra hipótesis de trabajo, se centra en disponer de cuestionarios validados que permitirán conocer la satisfacción de los pacientes, extrapolar los resultados obtenidos y detectar las áreas de mejora.

2.2. OBJETIVO PRINCIPAL

- Validar en nuestro medio un cuestionario ya existente para valorar la satisfacción de pacientes hospitalizados.
- Elaborar y validar un cuestionario para valorar la satisfacción de los pacientes con el servicio hospitalario de urgencias.
- Elaborar y validar un cuestionario para valorar la satisfacción de los pacientes con la atención recibida en las consultas externas del hospital.

2.3. OBJETIVO SECUNDARIO

- Evaluar, mediante la aplicación de los cuestionarios, el nivel de satisfacción de los pacientes con la atención recibida durante el ingreso hospitalario, durante su estancia en el servicio de urgencias del hospital y durante la atención en las consultas externas hospitalarias.

3. MATERIAL Y MÉTODO

3.1 DISEÑO

Para conseguir el objetivo propuesto, diseñamos un estudio transversal, descriptivo con componentes analíticos de validación de cuestionario de calidad percibida de la atención hospitalaria.

3.2 ÁMBITO DE ESTUDIO

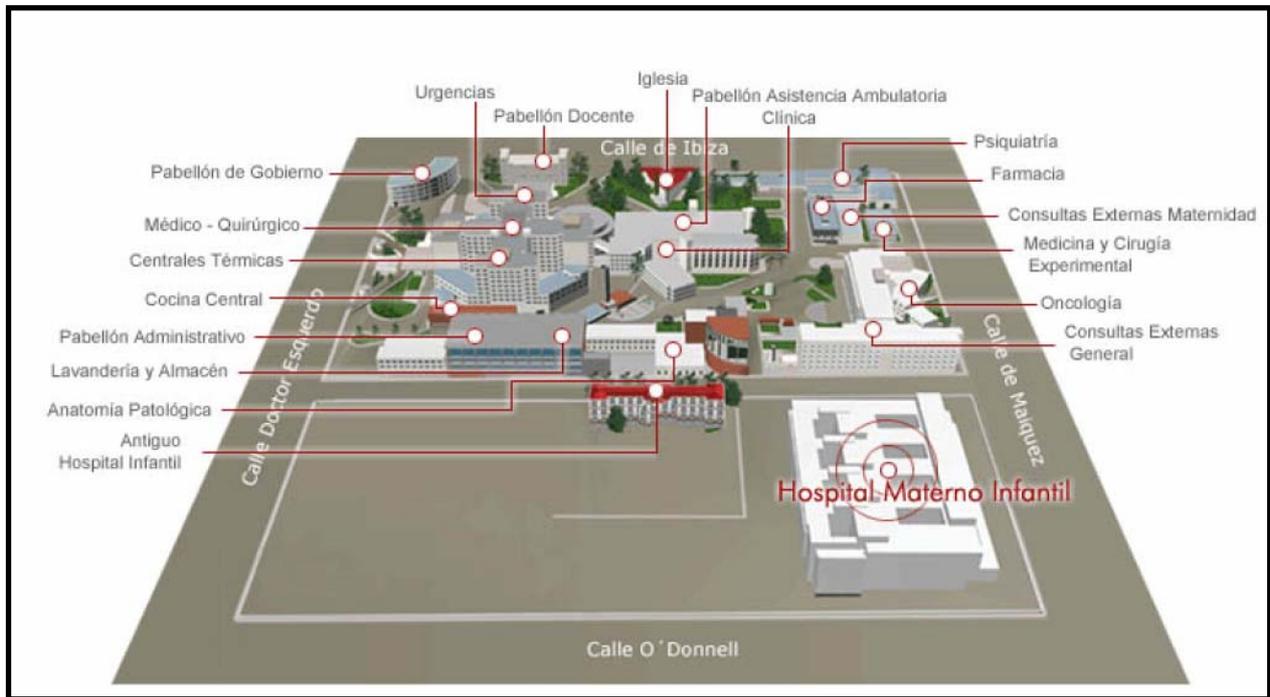
El estudio se ha realizado en el Hospital General Universitario Gregorio Marañón de Madrid. Este hospital, el de mayor número de camas de toda la Comunidad Autónoma, es de tercer nivel perteneciente al sistema sanitario público y dependiente de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid. El hospital cuenta con 1.700 camas de hospitalización y cursa 75.000 altas/año, en el trabajan 8.500 personas y atiende a 738.481 ciudadanos perteneciente al Área Sanitaria 1 de la Comunidad de Madrid, según datos del padrón continuo actualizado a 1 de Enero de 2005. Este centro consta de 22 edificios y está dividido en varios institutos: Instituto Provincial Médico Quirúrgico (IPMQ), Hospital Materno Infantil, Instituto Provincial Oftálmico (IPOF), Instituto Provincial de Rehabilitación (IPR), Instituto Oncológico e Instituto Provincial Psiquiátrico.

El hospital cuenta con un servicio de urgencias generales ubicado en el Instituto Provincial Médico Quirúrgico (IPMQ) que atiende una media de 500 urgencias/día, de las que el 11% cursan ingreso, un servicio de urgencias pediátricas y un servicio de urgencias ginecológicas y obstétricas, ambos en el Hospital Materno-Infantil.

Las consultas externas atienden un volumen de 500.000 consultas/año (501.025 consultas en 2006) en diferentes ubicaciones: Pabellón de Consultas Externas situado anexo al hospital y que atiende el 50% del volumen de consultas del hospital, consultas externas de pediatría y de ginecología y obstetricia, situadas en el Hospital Materno Infantil, consulta de preanestesia en el Instituto oncológico y en el Pabellón de Asistencia Ambulatoria (PASA), consultas externas del Instituto Provincial de Rehabilitación (IPR) y consultas externas de oftalmología en el Instituto Provincial Oftálmico (IPOF).

Esta institución cuenta con más de cuatrocientos años de historia, ya que el Hospital General de Madrid nació de la reunión de hospitales de la Villa y Corte, solicitada por las Cortes de Castilla y tramitada por Felipe II ante el Papa Pío V, quién la autorizó en bula de 27 de abril de 1567. A lo largo de los siglos ha sufrido diversas ampliaciones, cambios de ubicación y reformas organizativas hasta 1968. En ese año, en el solar del que fuera Hospital de San Juan de Dios, se levanta el actual edificio principal. El hospital ha recuperado su nombre original, el de General de Madrid; se le ha añadido el término Universitario, condición que siempre tuvo, y el nombre de uno de sus más ilustres profesionales Gregorio Marañón³².

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN



3.3 POBLACIÓN DE ESTUDIO Y MUESTRA

3.3.1 POBLACIÓN DE ESTUDIO

3.3.1.1 Encuesta de satisfacción posthospitalización

La población de estudio para la encuesta de satisfacción posthospitalización está constituida por los pacientes, mayores de 16 años, hospitalizados en cualquiera de los servicios del centro.

Los criterios de exclusión considerados son los siguientes:

- Pacientes cuyo destino al alta sea alguna de las siguientes circunstancias: fallecimiento, traslado a otro hospital o a un centro socio sanitario, alta por fuga o alta voluntaria
- Pacientes residentes en centros penitenciarios

3.3.1.2. Encuesta de satisfacción del servicio de urgencias

La población de estudio para la encuesta de satisfacción con el servicio de urgencias está constituida por los pacientes, mayores de 16 años, atendidos en este servicio del hospital. Al igual que en el caso anterior, es necesario establecer unos criterios de exclusión, para adaptar la población objetivo a la finalidad del estudio. Para el estudio de satisfacción realizado en el servicio de urgencias los criterios de exclusión son:

- Urgencias que acuden al Hospital Materno Infantil
- Ancianos institucionalizados
- Pacientes que acudieron al servicio de urgencias por cuadro de estupor o coma

3.3.1.3. Encuesta de satisfacción de consultas externas

La población de estudio para la encuesta de satisfacción de consultas externas está constituida por los pacientes atendidos en las consultas situadas en el “Pabellón de Consultas Externas”, anexo al edificio principal del hospital (IPMQ) donde se atienden el 50% de las consultas generadas.

Los criterios de exclusión considerados en este caso son los siguientes:

- Pacientes atendidos en la unidad de extracciones, debido a que no se trata de una consulta propiamente dicha y tanto los trámites necesarios para ser atendido en esta unidad como las características de la atención difieren cualitativa y cuantitativamente del resto de consultas externas
- Pacientes atendidos en las consultas de pruebas diagnósticas, al igual que en el caso anterior se trata de consultas cuyo funcionamiento difiere significativamente del conjunto de las consultas externas

3.3.2. DETERMINACIÓN DEL TAMAÑO MUESTRAL Y SELECCIÓN DE LA MUESTRA

3.3.2.1. Determinación del tamaño muestral

Para determinar el tamaño muestral necesario en cada una de las tres encuestas de satisfacción se consideró como población de referencia el número de altas hospitalarias para la encuesta de satisfacción posthospitalización, el número de urgencias atendidas para la encuesta de satisfacción de urgencias y el número de consultas atendidas para la encuesta de satisfacción de consultas externas, durante el año 2005 en todos los casos. El porcentaje de satisfacción de los pacientes esperado para la encuesta posthospitalización se estimó a partir de estudios realizados anteriormente en nuestro hospital por parte del Servicio de Atención al Paciente. En el caso de la encuesta de satisfacción de urgencias se desconocía el porcentaje de pacientes satisfechos, al no existir estudios anteriores en este servicio, por lo que se situó el porcentaje de satisfacción esperado en un 50%. Respecto a la encuesta de satisfacción de pacientes de consultas externas debido a que no existe suficiente literatura sobre este tipo de encuestas en las consultas, se consideró una cifra intermedia, situándose el porcentaje de satisfacción esperado en un 65%. La tasa de respuesta esperada se determinó en función de lo estimado por la literatura para el método de encuesta utilizado³³⁻³⁵.

La tabla 1, presentada a continuación, muestra los parámetros considerados para el cálculo del tamaño muestral en cada una de las encuestas.

TABLA 1. Determinación del tamaño muestral para la encuesta de satisfacción posthospitalización, encuesta de satisfacción de urgencias y encuesta de satisfacción de consultas externas

	Hospitalización	Urgencias	Consultas externas
Población de referencia	57.839	192.329	247.544
Porcentaje de satisfacción esperado	70%	50%	65%
Precisión (para un nivel de confianza del 95%)	1,5%*	6%	4%
Porcentaje de respuesta estimado	35%	70%	45%
Número mínimo de encuestas a enviar	8.811	381	1.212

*Se determinó una precisión de 1,5% para el total del hospital para lograr conseguir una precisión aproximada del 7% en cada departamento.

3.3.2.2. Selección de la muestra

3.3.2.2.1. Encuesta de satisfacción hospitalización

La selección de la muestra a estudiar para la encuesta de satisfacción posthospitalización se realizó mediante muestreo consecutivo, comenzando el 15 de enero de 2006, hasta alcanzar el número necesario de encuestas a enviar estimado.

3.3.2.2.2. Encuesta de satisfacción de urgencias

La muestra de pacientes a entrevistar para la encuesta de satisfacción de urgencias se seleccionó a partir del listado de pacientes que acudieron a urgencias durante una semana ordinaria del mes de marzo de 2006. Debido a la existencia de dos factores (el día y la hora en la que los pacientes acuden a urgencias) que, consideramos pueden influir en la satisfacción percibida por el se establecieron los siguientes estratos:

1) Turno de trabajo en que el paciente acudió a urgencias, dividido en dos estratos:

- Pacientes que acudieron a urgencias entre las 8,00 y las 22,00 h (supone el 80% de las urgencias atendidas)
- Pacientes que acudieron a urgencias entre las 22,00 y las 8,00 h (supone el 20% de las urgencias atendidas).

2) Día de la semana en que el paciente acude a urgencias, dividido en dos estratos:

- Pacientes que acudieron a urgencias en día laborable (lunes a viernes) (80% de los pacientes).
- Pacientes que acudieron a urgencias en fin de semana (20% de los pacientes).

Los selección de los participantes, dentro de cada estrato, fue aleatoria. Cuando un participante no pudo ser localizado, o no aceptó participar en el estudio, fue reemplazado por otro de su mismo estrato, seleccionado de forma aleatoria dentro de este.

3.3.2.2.3. Encuesta de satisfacción de consultas externas

La selección de los pacientes a encuestar para el estudio de satisfacción de consultas externas se realizó mediante un muestreo consecutivo durante una semana del mes de junio de 2006.

3.4 DESARROLLO DEL CUESTIONARIO Y RECOGIDA DE DATOS

3.4.1. CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN POSTHOSPITALIZACIÓN

El cuestionario utilizado para conocer la satisfacción de los pacientes hospitalizados ha sido el denominado SERVQHOS³⁶, que es un instrumento basado en SERVQUAL³⁷ utilizado para evaluar, en el sector servicios, la calidad percibida por el cliente. SERVQUAL consta de 44 ítems, divididos en dos escalas de 22 ítems cada una y evalúa, por un lado, las expectativas sobre el servicio ideal y, por otro, las percepciones de los clientes sobre el servicio que han recibido. Este instrumento está basado en la teoría de que la calidad percibida es el resultado de la diferencia entre las expectativas y las percepciones del cliente. SERVQHOS ha sido diseñado adaptándolo al medio hospitalario público español. Consta de 19 preguntas con 5 respuestas posibles en una escala likert que va de 1 (mucho peor de lo que esperaba) a 5 (mucho mejor de lo que esperaba) combinando expectativas y percepciones en una misma escala³⁸⁻⁴⁰.

Junto con las 19 preguntas del cuestionario se incluyeron otras 7 con el objetivo de que pudieran ser utilizadas para el proceso de validación como criterios externos y que hacen referencia a: nivel de satisfacción global del paciente, consideración del paciente sobre si recomendaría el hospital, adecuación de la duración del ingreso, identificación del médico y de la enfermera que atiende al paciente y la utilización del consentimiento informado. Del mismo modo, el cuestionario contenía preguntas sociodemográficas de ajuste: edad, sexo, número de ingresos, estudios concluidos, situación laboral actual y nacionalidad.

Junto a la encuesta se incluyó el Euroqol-5d⁴¹⁻⁴² (Índice Europeo de Calidad de vida), instrumento utilizado como descriptor de la calidad de vida relacionada con la salud, validado en español, que consta de dos partes: EQ-5D autoclasificador donde los encuestados deben describir su estado de salud respecto a 5 dimensiones (movilidad, autocuidados, actividades cotidianas, dolor/malestar y ansiedad/depresión), puntuándolas en una escala de tres niveles de intensidad y generando 243 estados de salud posibles, y EQ-5D EVA donde el encuestado describe su estado de salud el día de la entrevista mediante un termómetro calibrado desde 0 hasta 100. Este cuestionario se incluyó debido a que la salud percibida influye significativamente en la opinión del paciente sobre la atención recibida y la satisfacción.

El cuestionario fue enviado por correo al domicilio del paciente quince días después del alta hospitalaria. El envío incluía, además del cuestionario un sobre con franquicia para la devolución del cuestionario una vez contestado, recibándose la respuesta de forma totalmente anónima. Sólo se realizó un envío postal, no habiéndose realizado ningún recordatorio para incitar la respuesta.

3.4.2. CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN DE URGENCIAS

Para conocer la satisfacción de los pacientes atendidos en el servicio hospitalario de urgencias, se elaboró un cuestionario específico tratando de incluir todas las dimensiones que afectan a la opinión de los pacientes sobre la atención recibida en este servicio.

El cuestionario fue diseñado por un grupo de expertos en el que participaron profesionales médicos y de enfermería de urgencias, del servicio de atención al paciente y del servicio de medicina preventiva y gestión de calidad del hospital. El grupo contó con la colaboración y el apoyo de los expertos en estudios sociológicos de la Dirección General de Calidad de los Servicios y Atención al Ciudadano de la Comunidad de Madrid. Los miembros del grupo elaboraron un listado de aspectos a evaluar a partir de su experiencia, al tiempo que se realizó una revisión bibliográfica con el objetivo de identificar los factores predictores de la satisfacción de los pacientes atendidos en urgencias⁴³⁻⁵⁰.

Se obtuvo un listado de 30 ítems que fue sometido a técnica Delphi de consenso entre 7 expertos, entre los que se encontraban personal médico y de enfermería de urgencias, profesionales del servicio de atención al paciente y expertos en calidad. Tras la realización de dos rondas de técnica Delphi se obtuvo el cuestionario denominado SUAUH (Satisfacción del Usuario con el Área de Urgencia Hospitalaria) constituido por 13 ítems que exploran aspectos relacionados con la satisfacción, cada uno de los cuales puntúa en cinco niveles ordenados categóricamente desde 1 (muy bueno) hasta 5 (muy malo). La escala de respuesta

utilizada, graduada en cinco categorías, se construyó siguiendo las pautas indicadas en la bibliografía⁵¹⁻⁵² y acorde con la experiencia del equipo investigador en la gama de respuestas dada por los pacientes. Junto a ellos, se añadieron 5 preguntas sociodemográficas y de utilización del Servicio de Urgencias y 10 preguntas para ser utilizadas como criterios de referencia. Una pregunta final solicitaba una valoración global del servicio de urgencias en una escala de 0 (muy malo) a 10 (muy bueno). El cuestionario fue organizado en cuatro áreas: área de acceso y admisión, área de información y trato, área de estructura física y de hostelería, área de valoración al alta y área de valoración global, tratando de reproducir la secuencia lógica de la utilización del servicio de urgencias.

Para determinar la validez de contenido se remitió el cuestionario a un panel de 5 expertos entre los que se encontraban profesionales del servicio de urgencias y expertos en calidad. Finalmente se realizó una prueba piloto sobre pacientes de urgencias para conocer el grado de comprensión del cuestionario y su aceptación por parte de los entrevistados, calculándose también la carga de trabajo y el tiempo medio que precisaba la realización de la entrevista. Considerando las sugerencias y observaciones aportadas, se realizaron algunos cambios en la formulación de las preguntas, elaborándose la versión final del cuestionario, y se adaptó la formación de los entrevistadores para dotar a la entrevista de mayor agilidad.

Los datos se recogieron mediante entrevista telefónica realizada por encuestadores entrenados, transcurridos al menos quince días y no más de dos meses desde que el paciente acudió a urgencias. Los entrevistadores se identificaban como

encuestadores del Hospital Gregorio Marañón y daban a los pacientes una breve explicación sobre la finalidad de la entrevista antes de su inicio. La entrevista debía ser contestada por el propio paciente, no aceptándose respuestas de los familiares o acompañantes. La información fue recogida informáticamente por los encuestadores mediante un formulario elaborado con el programa informático Access.

Para evitar el sesgo de las sustituciones en caso de que el teléfono comunicara, no contestaran o la persona a entrevistar no estuviera disponible, se efectuarían 3 intentos de llamada en los días posteriores a la primera llamada. Si la persona a entrevistar no deseara contestar a la encuesta o si tras realizar 4 intentos el teléfono comunicara, no contestaran o la persona a entrevistar no estuviera disponible, se realizaría un reemplazamiento de este paciente por otro.

3.4.3. CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN DE CONSULTAS EXTERNAS

Para conocer la satisfacción de los pacientes atendidos en las consultas externas, se ha diseñado un cuestionario específico que comprende todos los aspectos de la atención, desde que el paciente solicita la citación para la consulta hasta que acude y es atendido en la misma. El cuestionario fue diseñado por un grupo de expertos en el que participó un equipo multidisciplinar de 7 miembros, formado por profesionales médicos y de enfermería de las consultas externas del hospital, del Servicio de Atención al Paciente, y del Servicio de Medicina Preventiva y Gestión de Calidad y se contó con la colaboración de los expertos en estudios sociales de la Dirección General de Calidad de los Servicios y Atención al Ciudadano de la Comunidad de Madrid. Las dimensiones que a priori se pretendían explorar eran la accesibilidad, la relación interpersonal profesional sanitario-paciente y la comodidad del entorno. Los miembros del grupo elaboraron un listado de aspectos a evaluar a partir de su experiencia, al tiempo que se realizó una revisión bibliográfica para identificar aquellos aspectos que más influyen en la satisfacción con la atención en las consultas, prestando especial interés a los estudios cualitativos realizados con pacientes para conocer los aspectos que generan satisfacción/ insatisfacción⁵³⁻⁵⁶.

Se obtuvo un listado de 15 preguntas a partir del cual se diseñó el cuestionario final SUCE (Satisfacción de los Usuarios de las Consultas Externas) de 12 ítems que exploran aspectos relacionados con la satisfacción, cada uno de los cuales puntuaba en una escala ordinal desde 1 hasta 10, siendo 1 la respuesta peor valorada y 10 la mejor valorada. Junto a ellos, se añadieron 12 preguntas sociodemográficas y de utilización de las consultas y 2 preguntas para ser utilizadas como criterios de

referencia (“satisfacción global con la atención recibidas en consultas externas” , con una escala de respuesta ordinal desde 1 hasta 10, y “conoce el nombre del médico que le atiende en consulta”) y una pregunta abierta solicitando sugerencias. El cuestionario comprendía todos los aspectos de la atención, desde que el paciente solicita la citación para la consulta hasta que acude y es atendido en la misma. Para determinar la validez de contenido, se remitió el cuestionario a un panel de 5 expertos entre los que se encontraban profesionales de las consultas externas y expertos en calidad y, finalmente, antes del inicio del estudio se llevó a cabo un estudio piloto sobre una muestra aleatoria de 30 pacientes de las consultas externas para evaluar el grado de comprensibilidad de las preguntas, si la escala de respuesta era adecuada, si existía rechazo a contestar a alguna de las preguntas y si el tiempo que era necesario invertir para responder a la encuesta era aceptable para el entrevistado. El estudio piloto conllevó la realización de algunos cambios menores en la formulación de las preguntas elaborándose la versión final del cuestionario.

La encuesta fue administrada por parte de los profesionales del Servicio de Medicina Preventiva y Gestión de Calidad en colaboración con el personal voluntario, dependiente del Servicio de Atención al Paciente, que habitualmente colabora en la información y orientación de los pacientes que acuden a las consultas externas. El Pabellón de Consultas Externas tiene una única puerta de acceso para la entrada y la salida por la que hay que pasar obligatoriamente, donde se situaron los encuestadores. Estos fueron previamente entrenados de forma que ofrecían a los pacientes una breve explicación sobre el objetivo de la encuesta, invitándoles a participar cumplimentando el cuestionario, para lo cual se les facilitaba un bolígrafo, depositando el cuestionario, antes de marcharse, en unas urnas especialmente

colocadas para ello. El cuestionario debía ser cumplimentado por el propio paciente, y, en el caso de que el paciente tuviera dificultad para la lectura pero deseara cumplimentar la encuesta, los encuestadores le prestaban la ayuda necesaria. Las encuestas fueron recogidas diariamente y los datos fueron introducidos en una base de datos especialmente diseñada para el estudio con el programa informático ACCESS.

3.5 VARIABLES DE ESTUDIO

3.5.1 ESTUDIO POSTHOSPITALIZACIÓN

Las variables recogidas en la encuesta de satisfacción posthospitalización se detallan a continuación (cuestionario SERVQHOS³⁶):

1.- Variables que recogen aspectos socio-demográficos.

- Edad.
- Género.
- Nivel de estudios, clasificado como: sin estudios, estudios primarios, bachilleres o universitarios.
- Ocupación, clasificado como: jubilado, en paro, trabajando, pensionista, ama de casa.
- Nacionalidad, clasificada como: española, otra, en este último caso se solicitaba que el paciente la especificara.

2.- Variables que exploran la utilización del hospital por parte de los pacientes.

- Número de veces que ha estado ingresado en el hospital.

3.- Variables que exploran el estado de salud percibido por el paciente

- Movilidad, con 3 posibles respuestas: no tengo problemas para caminar, tengo algunos problemas para caminar, tengo que estar en la cama.
- Cuidado personal, con 3 posibles respuestas: no tengo problemas con el cuidado personal, tengo algunos problemas para lavarme y vestirme, soy incapaz de lavarme y vestirme.

- Actividades cotidianas, con 3 posibles respuestas: no tengo problemas para realizar mis actividades cotidianas, tengo algunos problemas para realizar mis actividades cotidianas, soy incapaz de realizar mis actividades cotidianas.
- Dolor o malestar, con 3 posibles respuestas: no tengo dolor ni malestar, tengo moderado dolor y malestar, tengo mucho dolor y malestar.
- Ansiedad o depresión, con 3 respuestas posibles: no estoy ansioso ni deprimido, estoy moderadamente ansioso o deprimido, estoy muy ansioso o deprimido.
- Estado de salud actual comparado con los 12 meses previos, con 3 posibles respuestas: mejor, igual, peor.
- Valoración del estado de salud actual en una escala de 0- 100 siendo 0 el peor estado de salud imaginable y 100 el mejor estado de salud imaginable.

4.- Variables que exploran la calidad percibida por el paciente.

- Tecnología de los equipos médicos, con 5 categorías de respuesta: mucho peor de lo esperado, peor de lo esperado, igual que lo esperado, mejor de lo esperado, mucho mejor de lo esperado.
- Apariencia del personal, con 5 categorías de respuesta: mucho peor de lo esperado, peor de lo esperado, igual que lo esperado, mejor de lo esperado, mucho mejor de lo esperado.
- Indicaciones y señalización intrahospitalaria, con 5 categorías de respuesta: mucho peor de lo esperado, peor de lo esperado, igual que lo esperado, mejor de lo esperado, mucho mejor de lo esperado.
- Interés del personal por cumplir promesas, con 5 categorías de respuesta: mucho peor de lo esperado, peor de lo esperado, igual que lo esperado, mejor de lo esperado, mucho mejor de lo esperado.

- Comodidad de las habitaciones, con 5 categorías de respuesta: mucho peor de lo esperado, peor de lo esperado, igual que lo esperado, mejor de lo esperado, mucho mejor de lo esperado.
- Información que los médicos proporcionan, con 5 categorías de respuesta: mucho peor de lo esperado, peor de lo esperado, igual que lo esperado, mejor de lo esperado, mucho mejor de lo esperado.
- Tiempo de espera para ser atendido, con 5 categorías de respuesta: mucho peor de lo esperado, peor de lo esperado, igual que lo esperado, mejor de lo esperado, mucho mejor de lo esperado.
- Facilidad para llegar al hospital, con 5 categorías de respuesta: mucho peor de lo esperado, peor de lo esperado, igual que lo esperado, mejor de lo esperado, mucho mejor de lo esperado.
- Interés del personal por solucionar problemas, con 5 categorías de respuesta: mucho peor de lo esperado, peor de lo esperado, igual que lo esperado, mejor de lo esperado, mucho mejor de lo esperado.
- Puntualidad de las consultas, con 5 categorías de respuesta: mucho peor de lo esperado, peor de lo esperado, igual que lo esperado, mejor de lo esperado, mucho mejor de lo esperado.
- Rapidez de respuesta, con 5 categorías de respuesta: mucho peor de lo esperado, peor de lo esperado, igual que lo esperado, mejor de lo esperado, mucho mejor de lo esperado.
- Disposición del personal para la ayuda, con 5 categorías de respuesta: mucho peor de lo esperado, peor de lo esperado, igual que lo esperado, mejor de lo esperado, mucho mejor de lo esperado.

- Confianza y seguridad que trasmite el personal, con 5 categorías de respuesta: mucho peor de lo esperado, peor de lo esperado, igual que lo esperado, mejor de lo esperado, mucho mejor de lo esperado.
- Amabilidad del personal, con 5 categorías de respuesta: mucho peor de lo esperado, peor de lo esperado, igual que lo esperado, mejor de lo esperado, mucho mejor de lo esperado.
- Preparación del personal, con 5 categorías de respuesta: mucho peor de lo esperado, peor de lo esperado, igual que lo esperado, mejor de lo esperado, mucho mejor de lo esperado.
- Trato personalizado, con 5 categorías de respuesta: mucho peor de lo esperado, peor de lo esperado, igual que lo esperado, mejor de lo esperado, mucho mejor de lo esperado.
- Capacidad del personal para comprender las necesidades de los pacientes, con 5 categorías de respuesta: mucho peor de lo esperado, peor de lo esperado, igual que lo esperado, mejor de lo esperado, mucho mejor de lo esperado.
- Información que los médicos dan a los familiares, con 5 categorías de respuesta: mucho peor de lo esperado, peor de lo esperado, igual que lo esperado, mejor de lo esperado, mucho mejor de lo esperado.
- Interés del personal de enfermería por los pacientes, con 5 categorías de respuesta: mucho peor de lo esperado, peor de lo esperado, igual que lo esperado, mejor de lo esperado, mucho mejor de lo esperado.
- Satisfacción global con los cuidados sanitarios recibidos durante su estancia, con 4 categorías de respuesta: muy satisfecho, satisfecho, poco satisfecho, nada satisfecho.

- Recomendación del hospital a otras personas, con 3 categorías de respuesta: sin dudarlo, nunca, tengo dudas.
- Si le han realizado pruebas sin pedirle permiso, con 2 categorías de respuesta: si, no
- Si considera que ha estado ingresado en el hospital el tiempo necesario, con 2 categorías de respuesta: si, no
- Si conoce el nombre del médico responsable de su caso, con 2 categorías de respuesta: si, no
- Si conoce el nombre de la enfermera que le atendía habitualmente, con 2 categorías de respuesta: si, no
- Si se sintió adecuadamente informado, con 2 categorías de respuesta: si, no

3.5.2 ESTUDIO DE URGENCIAS

Las variables recogidas en el cuestionario de satisfacción con la atención recibida en el servicio hospitalario de urgencias son las siguientes:

1. Variables que recogen aspectos socio-demográficos.
 - Edad.
 - Género.
 - Nivel de estudios, clasificado como: sin estudios, estudios primarios, secundarios o universitarios.
 - Ocupación, clasificado como: empleado, parado, pensionista, estudiante, sus labores.

2. Variables que exploran la utilización del Servicio de Urgencias por parte del paciente.
- Día en que el usuario acude a urgencias, clasificado como laborable (lunes a viernes) o fin de semana (sábado o domingo).
 - Hora en que el usuario acude a urgencias, clasificada en dos categorías: turno de día (de 8,00 a 22,00 horas) y turno de noche (de 22,00 a 8,00 horas).
 - Forma de acceso a la urgencia hospitalaria, clasificado en cuatro categorías: petición propia, derivado desde el ambulatorio, trasladado al Servicio de urgencias por el SAMUR y otros.
 - Motivo de consulta, clasificado en cinco categorías: enfermedad, accidente casual, accidente de tráfico, accidente laboral y agresión.
 - Destino al alta, clasificado en dos categorías: alta domiciliaria e ingreso hospitalario.
 - Sí el usuario acude acompañado por familiares o amigos al Servicio de Urgencias, clasificado en dos categorías: acude solo, acude acompañado.
 - Departamento de urgencias donde se le atiende, clasificado en seis categorías: medicina interna, cirugía, cirugía ortopédica y traumatológica, oftalmología, otorrinolaringología y psiquiatría.
 - Frecuentación, clasificada en dos categorías: primera vez que acude a Urgencias del HGUGM y ha acudido en otras ocasiones al Servicio de Urgencias del HGUGM.
 - Valoración subjetiva del problema de salud por el que acudió a Urgencias, en 5 categorías: leve, moderado, grave, muy grave, No Sabe/No Contesta (NS/NC).
 - Motivo por el que eligió la Urgencia de este hospital.

3. Variables que exploran la satisfacción:

- Facilidad/ dificultad de los trámites administrativos, en seis categorías: muy fáciles, fáciles, normales, difíciles, muy difíciles y NS/NC.
- Trato por parte del personal de admisión, en seis categorías: muy bueno, bueno, regular, malo, muy malo y NS/NC.
- Identificación de los médicos, en cuatro categorías: si, siempre; a veces; no, nunca; NS/NC.
- Trato por parte del personal médico, en seis categorías: muy bueno, bueno, regular, malo, muy malo y NS/NC.
- Competencia profesional del personal médico, en seis categorías: muy buena, buena, regular, mala, muy mala y NS/NC.
- Información recibida del personal médico, en seis categorías: muy buena, buena, regular, mala, muy mala y NS/NC.
- Trato por parte del personal de enfermería, en seis categorías: muy bueno, bueno, regular, malo, muy malo y NS/NC.
- Competencia profesional del personal de enfermería, en seis categorías: muy buena, buena, regular, mala, muy mala y NS/NC.
- Tranquilidad y apoyo recibidos del personal sanitario, en seis categorías: muy buena, buena, regular, mala, muy mala y NS/NC.
- Protección de la intimidad al desvestirse, en cinco categorías: si, siempre; a veces; no, nunca; no me lo realizaron y NS/NC.
- Comodidad de la sala de urgencias, en seis categorías: muy buena, buena, regular, mala, muy mala y NS/NC.
- Limpieza de la sala de urgencias, en seis categorías: muy buena, buena, regular, mala, muy mala y NS/NC.

- Tiempo de visita de los familiares, en cinco categorías: excesivo, suficiente, escaso, no procede y NS/NC.
- Informe de alta recibido, en tres categorías: no, si y NS/NC.
- Medicación recomendada al alta, en tres categorías: no, si y NS/NC.
- Explicaciones sobre cómo tomar la medicación, en tres categorías: no, si y NS/NC.
- Comprensión de la información recibida, en tres categorías: no, si y NS/NC.
- Valoración de la organización y coordinación, en seis categorías: muy buena, buena, regular, mala, muy mala y NS/NC.
- Tiempo que permaneció en urgencias, en cuatro categorías: escaso, adecuado, excesivo y NS/NC.
- Información recibida de los informadores, en seis categorías: muy buena, buena, regular, mala, muy mala y NS/NC.
- Medida en que ha mejorado el problema de salud tras acudir a Urgencias, en cinco categorías: totalmente, bastante, algo/poco, nada y NS/NC.
- Calificación de la estancia en el Servicio de Urgencias en relación con las expectativas previas, en cinco categorías: mucho mejor de lo esperado, algo mejor de lo esperado, lo esperado, algo peor de lo esperado, mucho peor de lo esperado.
- Valoración global del servicio de urgencias en una escala de 0 a 10, siendo 0 “muy malo” y 10 “muy bueno”.
- Recomendaría la Urgencia de este hospital, en tres categorías: si, no, NS/NC.
- Opinión del paciente sobre su nivel de satisfacción global con la atención recibida en urgencias, con dos categorías de respuesta: satisfecho, insatisfecho.

4. Pregunta abierta para explorar aspectos positivos, negativos y sugerencias.

3.5.3. ESTUDIO DE CONSULTAS EXTERNAS

Las variables recogidas en la encuesta de satisfacción de los pacientes con las consultas externas hospitalarias son las siguientes:

1.- Variables que exploran aspectos socio-demográficos

- Edad.
- Género.
- Nivel de estudios, clasificado como: sin estudios, estudios primarios, bachilleres o universitarios.
- Ocupación, clasificado como: jubilado, parado, trabajando, ama de casa, estudiante.
- Nacionalidad, clasificada como: española, otra (en este caso se solicitaba al paciente que la especificara).

2.- Variables que exploran la utilización de las consultas externas por el paciente

- Primera vez que acude a las consultas externas del hospital, con 2 posibles respuestas: sí, no.
- Desde donde le enviaron por primera vez a las consultas externas, con 6 posibles respuestas: médico de cabecera, especialista del ambulatorio, tras ingreso hospitalario, desde la urgencia, desde otra consulta del hospital, otras áreas o comunidades.
- Cómo recibió la cita, con 3 posibles respuestas: por correo, en persona (ventanilla), por teléfono.
- Tiempo transcurrido desde que pidió la cita hasta que ha acudido a la consulta.

- Consulta a la que ha acudido.
- Si ha buscado información sobre su problema de salud antes de acudir a la consulta, con 2 posibles respuestas: si, no.

3.- Variables que exploran la satisfacción del paciente, puntuados en una escala de 1-10 siendo 1 la respuesta peor valorada y 10 la respuesta mejor valorada:

- Opinión sobre el tiempo transcurrido desde que pidió la cita hasta la fecha de la consulta.
- Opinión sobre las señalizaciones para orientarse en las consultas.
- Opinión sobre la facilidad de los trámites de admisión.
- Opinión sobre el trato por parte del personal de admisión.
- Opinión sobre el tiempo de espera en consulta.
- Opinión sobre la comodidad de la sala de espera.
- Opinión sobre el trato por parte del personal de enfermería.
- Opinión sobre el trato por parte del personal médico.
- Opinión sobre el cuidado de la intimidad en la consulta.
- Opinión sobre la duración de la consulta.
- Opinión sobre la información recibida sobre su problema de salud.
- Opinión sobre la claridad de las explicaciones sobre el tratamiento y sus pautas.
- Opinión sobre la facilidad de los trámites para volver a citarse.
- Satisfacción global con la atención recibida.
- Si conoce el nombre del médico responsable de su caso, con 2 categorías de respuesta: si, no
- Si conoce el nombre de la enfermera que le atendía habitualmente, con 2 categorías de respuesta: si, no

- Opinión del paciente sobre su nivel de satisfacción con la atención recibida en las consultas externas, con dos categorías de respuesta: satisfecho, insatisfecho.

4.- Pregunta abierta sobre aspectos en los que podemos mejorar.

3.6. ANÁLISIS ESTADÍSTICO

El análisis estadístico de los datos comprende análisis univariante de los datos, análisis de la validez de constructo y de criterio, análisis discriminante y análisis de la fiabilidad. Para la realización del análisis se ha utilizado el programa estadístico SPSS 14.0.

Análisis univariante

El análisis descriptivo de las variables cuantitativas se ha realizado mediante el cálculo de la media, desviación típica, mediana y rango intercuartílico. La descripción de las variables categóricas se ha realizado mediante frecuencias absolutas y porcentajes. Los valores medios se han comparado mediante las pruebas *T de Student* y *Análisis de la varianza (ANOVA)* y la comparación de proporciones se ha realizado mediante la prueba *Chi cuadrado*. Se ha considerado para todos los tests el nivel de significación de p menor 0,05.

Análisis de la validez⁵⁷

La *validez de constructo* se ha evaluado mediante la técnica del *Análisis Factorial Exploratorio de Componentes Principales*⁵⁸, seguido de rotación varimax para conseguir una mejor comprensión de la matriz resultante. El análisis factorial es un método estadístico de análisis multivariante que intenta explicar la variabilidad de un conjunto extenso de variables observables mediante un número reducido de variables hipotéticas llamadas factores. Su objetivo es identificar un número relativamente

pequeño de factores que pueden ser utilizados para representar la relación existente entre un conjunto de variables intercorrelacionadas, con una pérdida mínima de información. Como resultado del análisis se obtiene una matriz factorial que indica la relación entre los factores y las variables. Una variable deberá superar una puntuación de 0,5 para poder ser incluida en uno de los componentes. Para una mejor interpretación de la matriz resultante se ha realizado una *rotación Varimax* que consiste en “girar” los ejes de coordenadas con el objetivo de aumentar las saturaciones (influencia de cada variable en el factor) más altas en un factor y disminuir las más bajas para que el factor sea más fácilmente interpretable, explicando la matriz el mismo porcentaje de la varianza. Así, se podrán determinar más fácilmente las variables que forman parte de cada factor, analizando las saturaciones de cada variable en los distintos factores. De forma previa a la interpretación del resultado de la técnica se han comprobado los supuestos de aplicación de la misma mediante *la medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO)*, el *Test de esfericidad de Barlett* y el *determinante de la matriz de correlaciones*. El *coeficiente de KMO* es una comparación de la suma cuadrática de los coeficientes de correlación parcial entre todos los pares de variables y los coeficientes de correlación observados. Valores bajos implican que las correlaciones entre cada pareja de variables no pueden explicarse por otras, de forma que no puede utilizarse el análisis factorial, y valores próximos a 1 suponen la presencia de factores comunes indicando una alta correlación entre variables y por tanto la idoneidad de este análisis. El *test de esfericidad de Barlett* comprueba la hipótesis nula de que la matriz de correlaciones observada es una *matriz de identidad*, es decir, que los coeficientes de la diagonal de la matriz son iguales a la unidad y que la interrelación entre las variables es igual a cero. El test realiza una estimación Chi-cuadrado. Cuanto más alto sea el valor de la estimación más improbable es que la matriz de correlaciones sea una matriz

de identidad por lo que rechazaremos la hipótesis nula y determinaremos que es apropiado utilizar el análisis factorial. El *determinante de la matriz de correlaciones* es un indicador del grado de intercorrelaciones que aporta información conjunta sobre la adecuación o no de la utilización del análisis factorial. Cuanto menor sea el valor del determinante está indicando una mayor presencia de intercorrelaciones, y una mayor adecuación del empleo del análisis factorial.

Para facilitar la decisión sobre el número de factores a extraer se ha realizado un gráfico de sedimentación consistente en una gráfica que representa en el eje de ordenadas los autovalores y en las abscisas el número de componentes principales. Los factores se seleccionaron hasta observar un alisamiento de la pendiente de la línea de puntos, que indica una fuerte disminución de la varianza explicada por cada factor. Esto, junto con la consideración del porcentaje de varianza explicado por cada factor nos conduce a la decisión sobre el número de factores definitivos.

La *validez de criterio* se ha analizado mediante la correlación del cuestionario con otras medidas de la variable a estudio consideradas criterio de referencia, criterios predictivos externos o “*Gold Standard*”⁵⁹. Cuando la variable utilizada como criterio predictivo externo era categórica con más de dos categorías, se utilizó el *Test no paramétrico de Correlación de Spearman* con cálculo del coeficiente de correlación e intervalo de confianza 95%. El objetivo es conocer si existe una fuerte asociación entre la medida que aporta el cuestionario y la otorgada por el criterio de referencia. El valor del coeficiente oscila entre -1 y +1. Cuanto más cercano a 1 (valor absoluto) sea el valor del coeficiente de correlación, mayor será la asociación entre las dos medidas. Cuando el criterio predictivo externo era una variable binaria, la validez de criterio se midió

mediante la **Regresión Logística**, con cálculo de la *Odds Ratio* e intervalo de confianza 95%.

Se realizó un **Análisis Discriminante**, técnica estadística utilizada para analizar si existen diferencias significativas entre grupos de sujetos y proporcionar procedimientos de clasificación de nuevas observaciones de origen desconocido en uno de los grupos analizados⁶⁰. Su objetivo fue estimar el porcentaje de pacientes clasificados correctamente mediante el cuestionario en grupos previamente determinados a partir de un criterio externo de referencia.

Análisis de la fiabilidad

Se ha realizado una evaluación de la *consistencia interna* mediante el **Coefficiente Alfa de Cronbach**⁶¹, para el total del cuestionario y para cada uno de los factores. Su valor oscila entre 0 y 1. Los estándares mínimos que se han propuesto como adecuados para el valor Alfa de Cronbach son de 0,70 para realizar comparaciones entre grupos y de 0,90- 0,95 para comparaciones individuales. Junto con el cálculo de este coeficiente se ha realizado una medición de la correlación ítem- total de la escala y la determinación del valor alfa si se excluyera el ítem. Un valor alfa que aumente significativamente al excluir un ítem/variable específico, indica que su eliminación aumentará la homogeneidad de la escala. La medición de la correlación ítem-total nos permitirá conocer que ítems están excesivamente correlacionados.

Determinación del punto de corte para discriminar entre pacientes satisfechos y pacientes insatisfechos

Para determinar un punto de corte en la puntuación obtenida en el cuestionario que nos permita discriminar entre pacientes satisfechos y pacientes insatisfechos se realizará la curva ROC (“Receiver Operating Characteristic”)⁶². Esta curva nos permite obtener una medida de la exactitud o capacidad diagnóstica global del cuestionario para todos los posibles puntos de corte, mediante el cálculo de los índices de sensibilidad (porcentaje de verdaderos positivos) y el complemento de la especificidad (porcentaje de falsos positivos). El cálculo del área bajo la curva ROC, que es un valor comprendido entre 0,5 y 1, será utilizado como medida de exactitud global, de forma que un área igual a 1 indicará una prueba diagnóstica perfecta, mientras que a una prueba sin poder diagnóstico le corresponde un área igual a 0,5. La curva ROC nos proporciona una imagen gráfica que nos ayudará a escoger el punto de corte óptimo en la puntuación final de cada cuestionario que diferencie a los pacientes satisfechos de los pacientes insatisfechos. Para cada punto de corte seleccionado se calcularán los valores predictivos positivo y negativo y las razones de verosimilitud de un resultado positivo y de un resultado negativo.

3.7. ASPECTOS ÉTICOS

La información recogida para el estudio ha sido tratada siguiendo lo dispuesto en la **Ley Orgánica 15/ 1999**, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal⁶³ y la **Ley 41/ 2002**, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica⁶⁴.

De forma previa al inicio del estudio, se solicitó al Área de Evaluación de Servicios Públicos de la Dirección General de Calidad de los Servicios y Atención al Ciudadano un informe preceptivo sobre el diseño a aplicar en el estudio según establece el **Decreto 149/2004** de 21 de diciembre, del Consejo de Gobierno, por el que se establece la estructura orgánica de la Consejería de Presidencia⁶⁵ y la **Orden de 18 de noviembre de 2004** del Vicepresidente Segundo y Consejero de Justicia e Interior, por la que se regula la utilización de técnicas cuantitativas y cualitativas de investigación social para la medición de la calidad de los servicios que presta la Comunidad de Madrid⁶⁶.

4. RESULTADOS

4. 1. ESTUDIO POSTHOSPITALIZACIÓN

El cuestionario se envió a una muestra final de 9.002 pacientes, habiéndose recibido 2.938 contestaciones, lo que supone un **índice de respuesta** obtenido del **33,3%** para el conjunto del hospital. Si consideramos la distribución de las respuestas por departamentos hospitalarios observamos que el índice de respuesta osciló entre un máximo de 40,49% del departamento de especialidades quirúrgicas y un mínimo de 20,04% del departamento de psiquiatría. La tabla 2, presentada a continuación, muestra la tasa de respuesta obtenido en los diferentes departamentos del hospital.

TABLA 2. Tasa de respuesta obtenido por departamentos hospitalarios

Departamento	Enviadas	Recibidas	Tasa de respuesta %
PSIQUIATRÍA	429	86	20,04
MEDICINA INTERNA	1.702	422	24,79
ONCOLOGÍA	467	141	30,19
OFTALMOLOGÍA	340	109	32,05
ESPECIALIDADES MÉDICAS	2.048	694	33,88
CIRUGÍA GENERAL	885	312	35,25
COT	545	209	38,34
GINECOLOGÍA/ OBSTETRICIA	833	324	38,89
ESPECIALIDADES QUIRÚRGICAS	1.578	639	40,49

4.1.1 DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN QUE HA CONTESTADO A LA ENCUESTA

Al observar las características sociodemográficas de los 2.938 pacientes que contestaron a la encuesta, encontramos que 1.448 pacientes (49,3%) son mujeres, la edad media es de 59,9 años con una desviación típica de 17,9 años. 1.247 pacientes (42,4%) tienen estudios primarios y la mayor parte de ellos son pensionistas (1.344 pacientes lo que supone el 45,7%). 2.802 pacientes (95,4%) son españoles frente a 103 pacientes (3,5%) que son extranjeros. Por último, la mediana de ingresos durante el último año de los pacientes respondedores fue de 2. La tabla 3, que se presenta a continuación, muestra las características sociodemográficas de los pacientes que han contestado a la encuesta.

TABLA 3. Características sociodemográficas de los pacientes que han contestado a la encuesta

Sexo	Varón	1.435 (48,8%)
	Mujer	1.448 (49,3%)
	No sabe/ no contesta	55 (1,9%)
Edad	59,9 años (DT: 17,9)	
Nivel de estudios	Sin estudios	494 (16,8%)
	Estudios primarios	1.247 (42,4%)
	Estudios secundarios	643 (21,9%)
	Universitarios	435 (14,8%)
	No sabe/ no contesta	119 (4,1%)
Situación laboral	Empleado	841 (28,6%)
	Parado	148 (5%)
	Pensionista	1.344 (45,7%)
	Ama de casa	465 (15,8%)
	No sabe/ no contesta	140 (4,8%)
Nacionalidad	Española	2.802 (95,4%)
	Otra	103 (3,5%)
	No sabe/ no contesta	33 (1,1%)
Ingresos previos último año	Mediana: 2 (Rango Intercuartílico: 1-3)	

DT: desviación típica

4.1.2. PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS DEL CUESTIONARIO

A continuación se presentan los resultados del análisis de las propiedades psicométricas del cuestionario que incluye el análisis de la validez, que comprende a su vez análisis de la validez de constructo, de criterio y análisis discriminante, y el análisis de la consistencia.

4.1.2.1. Análisis de la validez

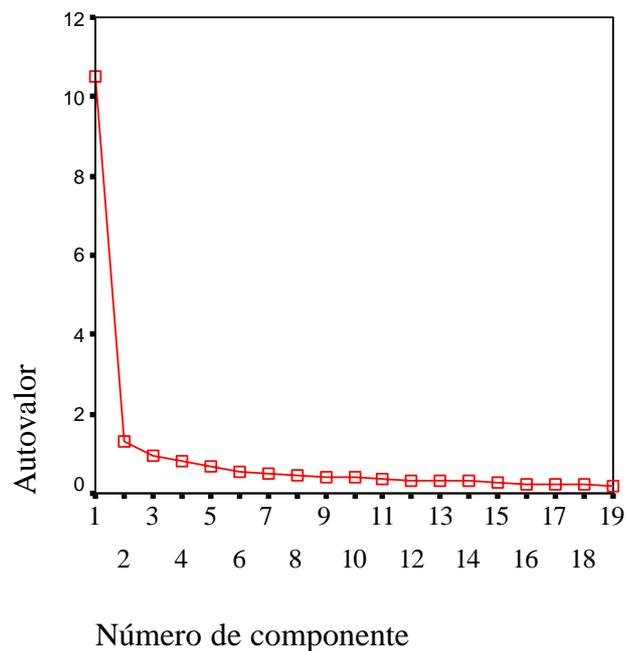
Validez de constructo

Se ha realizado un análisis factorial exploratorio de componentes principales con rotación mediante normalización varimax con kaiser sobre la totalidad del cuestionario de 19 ítems. Los supuestos de aplicación de la técnica fueron comprobados previamente, obteniéndose una medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin de 0,96, test de esfericidad de Bartlett con un valor de p menor de 0,005 y determinante de la matriz de correlaciones menor de 0,001.

El análisis ha identificado una estructura de dos factores que explican conjuntamente el 62% de la varianza. El primer factor explica el 35% de la varianza y el segundo factor explica el 26% de la varianza.

El gráfico de sedimentación, que se presenta a continuación, representa en el eje de las ordenadas los autovalores y en el eje de las abscisas el número de componentes principales. Se observa un punto de inflexión entre el segundo y tercer factor con reducción de la verticalidad a partir del segundo factor, apoyando la estructura identificada en dos factores.

GRÁFICO 1. Gráfico de sedimentación



Las comunalidades, o representatividad de cada variable, observadas tras la extracción mediante análisis de componentes principales de las variables incluidas, permiten identificar que el 50% o más de cada variable es explicada por los 2 factores identificados, con excepción de dos variables: comodidad de las habitaciones y señalización extrahospitalaria cuyas comunalidades son respectivamente 0,403 y 0,484, como se observa en la tabla 4.

TABLA 4. Comunalidades de las variables tras la selección factorial

	Comunalidad
Tecnología biomédica	0,535
Apariencia del personal	0,518
Señalización intrahospitalaria	0,574
Interés por cumplir promesas	0,611
Comodidad de las habitaciones	0,403
Información que da el médico	0,525
Tiempo de espera	0,562
Señalización extrahospitalaria	0,484
Interés por solucionar problemas	0,694
Puntualidad de consultas	0,536
Rapidez de respuesta	0,606
Disposición para la ayuda	0,755
Confianza y seguridad	0,784
Amabilidad del personal	0,776
Preparación del personal	0,706
Trato personalizado	0,766
Comprensión de necesidades	0,759
Información a familiares	0,532
Interés personal enfermería	0,708

Comunalidad: porcentaje de varianza de cada variable que es explicada por el análisis factorial.

Método de extracción: Análisis de Componentes principales

A continuación, en la tabla 5, se presenta la matriz de componentes rotados, utilizando como método de rotación la normalización varimax con Kaiser.

TABLA 5. Matriz de componentes rotados (Método de rotación: Normalización Varimax con Kaiser)

	Factor 1	Factor 2
Tecnología biomédica		0,617
Apariencia del personal		0,583
Señalización intrahospitalaria		0,732
Interés por cumplir promesas	0,581	0,523
Comodidad de las habitaciones		0,556
Información que da el médico		0,567
Tiempo de espera		0,680
Señalización extrahospitalaria		0,686
Interés por solucionar problemas	0,717	
Puntualidad de consultas		0,658
Rapidez de respuesta	0,536	0,565
Disposición para la ayuda	0,808	
Confianza y seguridad	0,824	
Amabilidad del personal	0,853	
Preparación del personal	0,761	
Trato personalizado	0,800	
Comprensión de necesidades	0,778	
Información a familiares		0,546
Interés personal enfermería	0,792	
<i>Porcentaje de varianza explicado</i>	35%	26%

El primer factor se ha denominado, siguiendo la terminología propuesta por J.J. Mira y cols. “*Calidad subjetiva*”. Contiene 10 ítems y explica el 35% de la varianza. Este factor incluye cuestiones referentes a la amabilidad, trato, empatía y competencia profesional. El segundo factor se ha denominado, también siguiendo la terminología de J.J. Mira y cols. “*Calidad objetiva*” contiene 9 ítems que hacen referencia a aspectos organizativos de coordinación y tecnológicos, comodidad de las habitaciones, información recibida y puntualidad horaria. Este segundo factor explica el 26% de la varianza. La tabla 6 presenta los resultados del análisis factorial exploratorio con la saturación factorial de cada ítem.

TABLA 6. Resultados del análisis factorial exploratorio y saturación factorial de los ítems

<i>Calidad subjetiva</i>		<i>Calidad objetiva</i>	
Amabilidad del personal	0,85	Señalización intrahospitalaria	0,73
Confianza y seguridad	0,82	Señalización extrahospitalaria	0,68
Disposición para la ayuda	0,80	Tiempo de espera	0,68
Trato personalizado	0,80	Puntualidad de consultas	0,65
Interés personal enfermería	0,79	Tecnología biomédica	0,61
Comprensión de necesidades	0,77	Apariencia del personal	0,58
Preparación del personal	0,76	Información que da el médico	0,56
Interés por solucionar problemas	0,71	Comodidad de las habitaciones	0,55
Interés por cumplir promesas	0,58	Información a familiares	0,54
Rapidez de respuesta	0,56		

Validez de criterio

La validez de criterio se ha analizado considerando como criterios predictivos externos tres variables de referencia: la “*Satisfacción global con la estancia hospitalaria*” que manifiesta el paciente (valorada en una escala ordinal de 4 categorías: nada satisfecho, poco satisfecho, satisfecho y muy satisfecho), la “*Consideración del paciente sobre si recomendaría el hospital a familiares o amigos*” (valorado en una escala de 3 categorías: nunca, tengo dudas, sin dudarlo) y la “*Consideración del paciente sobre si la duración de su estancia ha sido adecuada*” (valorada en una escala de 2 categorías: si, no).

Mediante la prueba de **Correlación no Paramétrica Rho de Spearman** se ha relacionado la puntuación obtenida en el cuestionario SERVQHOS, calculada como la media de las puntuaciones medias del factor calidad subjetiva y del factor calidad objetiva, con los criterios predictivos externos “*Satisfacción global con la estancia hospitalaria*” y “*Consideración del paciente sobre si recomendaría el hospital a familiares o amigos*”. Los resultados se presentan en la siguiente tabla.

TABLA 7. Coeficiente de correlación de Spearman e IC 95% entre la puntuación obtenida en el cuestionario SERVQHOS y los criterios de referencia “Satisfacción global” y “Recomendación del hospital a familiares y amigos”

Criterio predictivo externo	Coeficiente de Correlación Spearman	IC (95%)
Satisfacción global	0,65	(0,62; 0,67)
Recomendación del hospital	0,45	(0,42; 0,49)

Mediante análisis de **Regresión Logística** se ha analizado la validez concurrente respecto al criterio predictivo externo “*Consideración del paciente sobre si la duración de su estancia ha sido adecuada*”. Los resultados se presentan en la tabla 8.

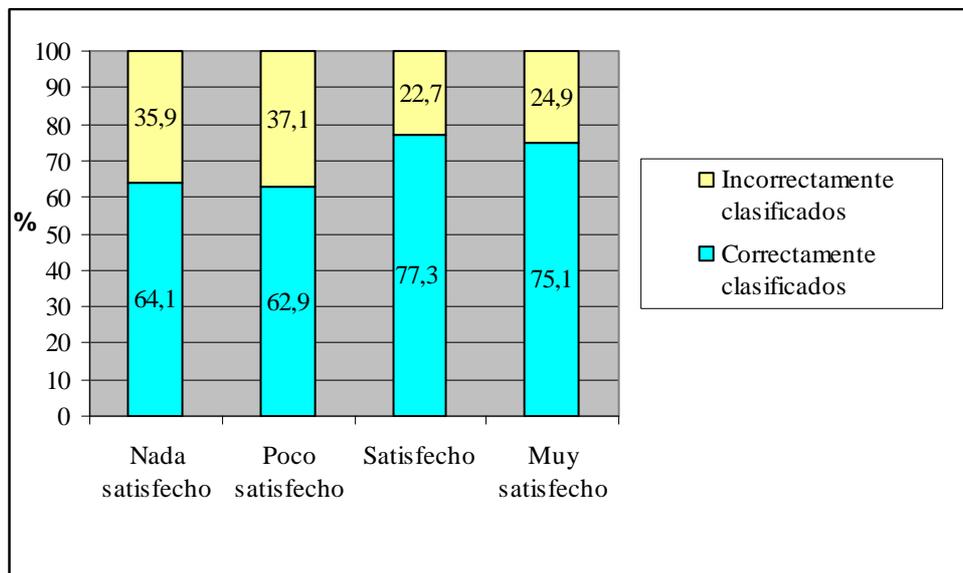
TABLA 8. Odds Ratio, intervalo de confianza 95% y significación estadística entre la puntuación SERVQHOS obtenida y el criterio predictivo “Consideración del paciente sobre si la duración de su estancia ha sido adecuada”

Criterio predictivo externo	Odds ratio	IC (95%)	P
Adecuación de la estancia	3,56	(2,9; 4,3)	<0,01

Análisis discriminante

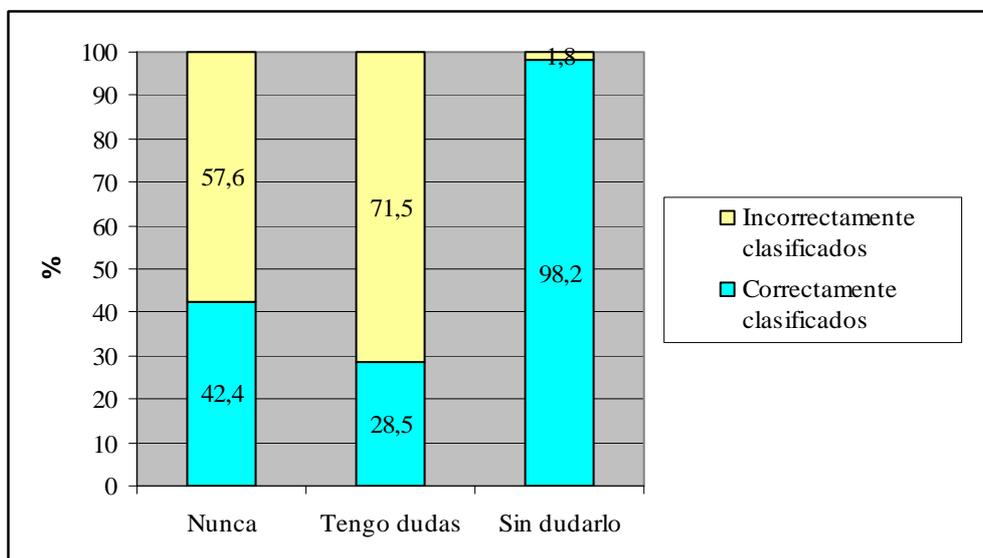
El análisis discriminante se ha realizado utilizando como criterios predictivos externos las variables “*Nivel de satisfacción del paciente*” y la “*Consideración del paciente sobre si recomendaría el hospital a familiares y amigos*”. El análisis discriminante confirmó su validez, siendo el porcentaje de casos clasificados correctamente, según las puntuaciones obtenidas en el cuestionario SERVQHOS, del **74,4%** sobre el criterio “*Nivel de satisfacción del paciente*”. El siguiente gráfico muestra el porcentaje de casos clasificados correcta e incorrectamente en cada categoría de respuesta sobre este criterio.

GRÁFICO 2. Porcentaje de pacientes correcta e incorrectamente clasificados según las puntuaciones SERVQHOS sobre el criterio “Nivel de satisfacción del paciente”



Con respecto al segundo criterio predictivo externo “Consideración del paciente sobre si recomendaría el hospital a familiares y amigos”, el análisis discriminante confirmó que el porcentaje de casos clasificados correctamente en virtud de las puntuaciones SERVQHOS fue del **89,1%**. El gráfico 3 muestra el porcentaje de casos clasificados correcta e incorrectamente en cada categoría de respuesta sobre este criterio.

GRÁFICO 3. Porcentaje de pacientes correcta e incorrectamente clasificados según las puntuaciones SERVQHOS sobre el criterio “Consideración del paciente sobre si recomendaría el hospital a familiares y amigos”



4.1.2.2. Análisis de la consistencia.

La consistencia interna del cuestionario se ha calculado mediante el cálculo del valor Alfa de Cronbach para el cuestionario completo de 19 ítems y para cada uno de los factores de forma independiente.

Consistencia interna del total del cuestionario.

El valor **Alfa de Cronbach** para el cuestionario de 19 ítems fue de **0,95** (Nº de casos analizados: 2.312). Los valores de **correlación ítem- total** oscilaron entre **0,49** y **0,81**.

Consistencia interna del factor *Calidad subjetiva*

El valor **Alfa de Cronbach** para el factor *Calidad subjetiva* fue de **0,95** (Nº casos analizados: 2.511). Los valores de las correlaciones ítem-total oscilaron entre 0,70 y 0,84. La tabla 9 muestra el valor de la correlación ítem-total para cada variable y el valor Alfa de Cronbach cuando el ítem es excluido.

TABLA 9. Correlación ítem-total para cada variable del factor Calidad subjetiva y valor Alfa de Cronbach tras la exclusión de la variable

Calidad subjetiva	Correlación ítem-total	Alfa tras exclusión de ítem
Amabilidad del personal	0,81	0,94
Confianza y seguridad	0,84	0,94
Disposición para la ayuda	0,83	0,94
Trato personalizado	0,83	0,94
Interés personal enfermería	0,78	0,94
Comprensión de necesidades	0,83	0,94
Preparación del personal	0,79	0,94
Interés por solucionar problemas	0,79	0,94
Interés por cumplir promesas	0,71	0,95
Rapidez de respuesta	0,70	0,95

Consistencia interna del factor *Calidad objetiva*.

El valor **Alfa de Cronbach** para el factor *Calidad objetiva* fue de **0,87** (Nº casos analizados: 2.457). Los valores de las correlaciones ítem-total oscilaron entre 0,52 y 0,67. La tabla 10 muestra el valor de la correlación ítem-total para cada variable y el valor Alfa de Cronbach cuando el ítem es excluido.

TABLA 10. Correlación ítem-total para cada variable del factor Calidad objetiva y valor Alfa de Cronbach tras la exclusión de la variable

Calidad objetiva	Correlación ítem-total	Alfa tras exclusión del ítem
Señalización intrahospitalaria	0,61	0,86
Señalización extrahospitalaria	0,52	0,87
Tiempo de espera	0,65	0,85
Puntualidad de consultas	0,63	0,86
Tecnología biomédica	0,65	0,86
Apariencia del personal	0,63	0,86
Información que da el médico	0,67	0,85
Comodidad de las habitaciones	0,53	0,87
Información a familiares	0,66	0,85

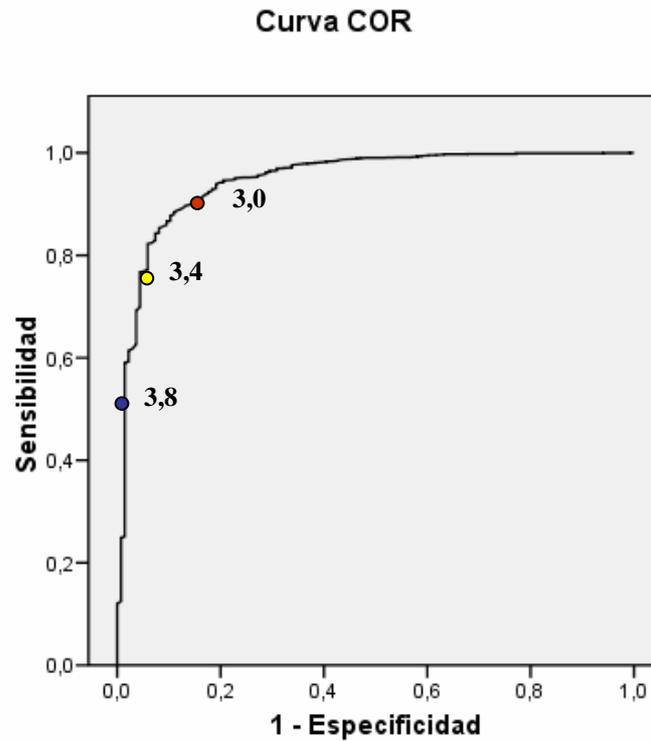
Versión final del cuestionario

La revalidación del cuestionario SERVQHOS ha dado como resultado el mantenimiento de la versión compuesta por 19 preguntas con 5 categorías de respuesta cada una (desde 1: “*mucho peor de lo esperado*” hasta 5: “*mucho mejor de lo esperado*”), agrupadas en 2 factores que se han denominado, siguiendo la terminología propuesta por Mira y cols. “*Calidad subjetiva*” y “*Calidad objetiva*”. La puntuación final del cuestionario es obtenida mediante el cálculo de la media de las puntuaciones medias obtenidas en cada uno de los dos factores.

4.1.2.3. Determinación del punto de corte para diferenciar pacientes satisfechos de pacientes insatisfechos

Una vez obtenida la puntuación final del cuestionario, el siguiente paso es determinar un punto de corte en la escala de puntuación que nos permita diferenciar entre pacientes satisfechos e insatisfechos. Para ello se ha realizado la curva ROC, mostrada a continuación, donde la variable utilizada como criterio de referencia o “*Gold Standard*” ha sido la valoración del paciente sobre su nivel de satisfacción global en dos categorías: Satisfecho e insatisfecho. 2.723 pacientes se declararon “Satisfechos” según esta variable y 172 se declararon “Insatisfechos” (43 No sabe/ No contesta). El área bajo la curva es 0,95.

GRÁFICO 4. Curva ROC para determinar punto de corte en la puntuación final del cuestionario SERVQHOS



De entre todos los posibles puntos de corte de la puntuación SERVQHOS se seleccionaron los 3 señalados en la curva ROC en función de su efecto sobre la sensibilidad y la especificidad. En la tabla 11, mostrada a continuación, se presentan la sensibilidad, especificidad, valores predictivos y razón de verosimilitud de cada uno de estos puntos de corte.

TABLA 11. Sensibilidad, especificidad, valores predictivos y razón de verosimilitud de los 3 puntos de corte seleccionados

Punto de corte	Sensibilidad	Especificidad	VPP	VPN	LR+	LR-
3	90,6%	84,6%	98,9%	36,1%	5,9	0,1
3,4	76%	95,6%	99,6%	20%	17	0,2
3,8	52,7%	98,5%	99,7%	11,5%	35	0,5

VPP: Valor predictivo positivo, VPN: Valor predictivo negativo, LR+: Razón de verosimilitud de un resultado positivo, LR-: Razón de verosimilitud de un resultado negativo

Según estos resultados y, dado que la finalidad del cuestionario es detectar a los pacientes insatisfechos, se ha seleccionado como punto de corte una puntuación final en el cuestionario igual a 3,4. De esta manera serán considerados pacientes satisfechos aquellos cuya puntuación final del cuestionario sea igual o superior a 3,4 y pacientes insatisfechos aquellos cuya puntuación final del cuestionario sea inferior a 3,4.

4.1.3 DESCRIPCIÓN Y ANÁLISIS DE LA SATISFACCIÓN

En este apartado se presentan los resultados obtenidos en lo referente a la descripción y el análisis de la satisfacción expresada por los pacientes a través del cuestionario SERQVHOS.

4.1.3.1. Descripción de la satisfacción

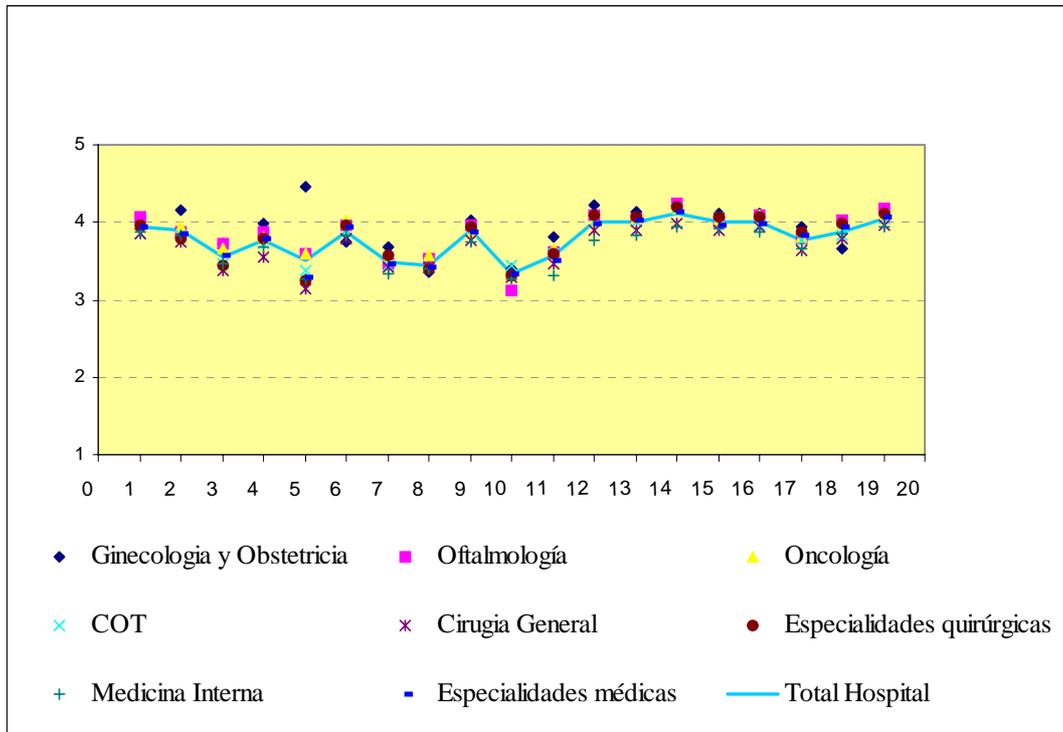
En el estudio de satisfacción de pacientes hospitalizados, el porcentaje obtenido de pacientes satisfechos ha sido del 72,4% . Más del 60% de los pacientes respondedores consideraron que la amabilidad del personal, la confianza y seguridad que transmiten, la disposición para la ayuda, el trato personalizado, el interés del personal de enfermería, la preparación del personal y el interés por solucionar problemas eran mejor o mucho mejor de lo esperado. Más de la mitad de los pacientes manifestaron que la comprensión de necesidades y el interés del personal por cumplir promesas eran mejor o mucho mejor de lo esperado. Respecto a los ítems que forman parte del factor “*Calidad objetiva*” más del 60% de los pacientes consideraron que la tecnología biomédica, la apariencia del personal y la información que da el médico tanto al paciente como a los familiares eran mejor o mucho mejor de lo esperado. La tabla 12 presenta el porcentaje de pacientes que responde en cada una de las alternativas de respuesta a las 19 preguntas contenidas en el cuestionario SERVQHOS. El porcentaje de respuesta fue superior al 90% en todos los ítems.

TABLA 12. Porcentaje de respuesta en cada una de las alternativas de los ítems del cuestionario (N= 2.938)

Calidad subjetiva	Mucho peor	Peor	Igual	Mejor	Mucho mejor	NS/ NC
Amabilidad del personal	1,5	2,7	16,7	35,7	36,9	6,5
Confianza y seguridad	1,9	2,9	20,3	37,6	30,7	6,6
Disposición para la ayuda	1,5	3,8	19,7	36,9	31,4	6,6
Trato personalizado	1,7	3,7	20,4	35,0	32,4	6,7
Interés personal enfermería	1,4	2,7	19,3	36,0	34,0	6,5
Comprensión de necesidades	2,1	5,0	26,5	35,6	23,6	7,1
Preparación del personal	0,8	1,8	23,6	37,0	29,4	7,4
Interés por solucionar problemas	1,9	4,4	22,2	39,6	25,1	6,9
Interés por cumplir promesas	1,7	4,6	28,6	35,6	21,3	8,2
Rapidez de respuesta	3,3	8,5	32,4	30,8	17,2	7,9
Calidad objetiva	Mucho peor	Peor	Igual	Mejor	Mucho mejor	NS/ NC
Señalización intrahospitalaria	1,6	7,7	38,9	29,0	15,5	7,4
Señalización extrahospitalaria	3,0	8,1	44,3	21,2	15,5	7,9
Tiempo de espera	5,1	10,0	29,6	30,5	17,5	7,3
Puntualidad de consultas	5,2	12,9	33,5	25,3	14,0	9,2
Tecnología biomédica	0,5	1,8	24,9	40,9	24,0	7,8
Apariencia del personal	0,7	1,7	31,7	35,7	24,4	5,9
Información que da el médico	2,6	5,9	20,8	34,3	29,6	6,8
Comodidad de las habitaciones	5,7	12,5	29,0	27,4	18,5	6,8
Información a familiares	3,1	5,5	21,7	32,0	30,8	6,9

A continuación, en el gráfico 5, se muestra la puntuación media otorgada por los pacientes a cada pregunta del cuestionario SERVQHOS, según el departamento hospitalario de ingreso.

GRÁFICO 5. Puntuación media de cada pregunta del cuestionario por departamentos hospitalarios

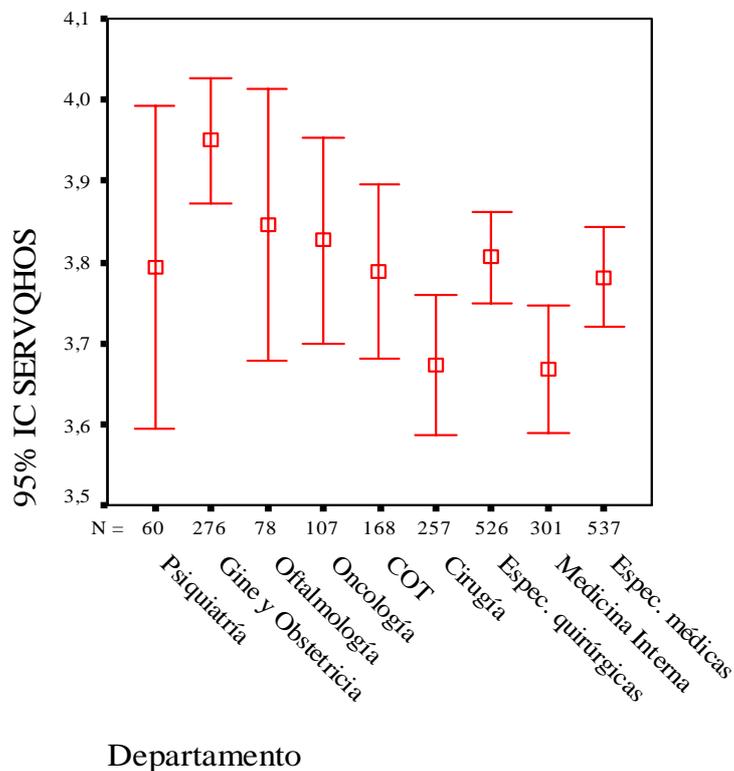


CUESTIONARIO SERVQHOS			
Pregunta 1	Tecnología biomédica	Pregunta 11	Rapidez de respuesta
Pregunta 2	Apariencia del personal	Pregunta 12	Disposición para la ayuda
Pregunta 3	Señalización intrahospitalaria	Pregunta 13	Confianza y seguridad
Pregunta 4	Interés por cumplir promesas	Pregunta 14	Amabilidad del personal
Pregunta 5	Comodidad de las habitaciones	Pregunta 15	Preparación del personal
Pregunta 6	Información que da el médico	Pregunta 16	Trato personalizado
Pregunta 7	Tiempo de espera	Pregunta 17	Comprensión de necesidades
Pregunta 8	Señalización extrahospitalaria	Pregunta 18	Información a familiares
Pregunta 9	Interés por solucionar problemas	Pregunta 19	Interés personal enfermería
Pregunta 10	Puntualidad de consultas		

4.1.3.2. Análisis de la satisfacción

Mediante la aplicación de la prueba estadística del Análisis de la varianza (ANOVA) se ha observado que existen diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,001$) en las puntuaciones SERVQHOS obtenidas en los diferentes departamentos hospitalarios. Tras la aplicación de la prueba post hoc para subconjuntos homogéneos de Student-Newman-Keuls se observa que las diferencias se encuentran, principalmente, en las puntuaciones SERVQHOS obtenidas por los departamentos de Medicina Interna y Cirugía con respecto a Ginecología y Obstetricia. El gráfico 6 muestra la puntuación SERVQHOS media y su intervalo de confianza del 95% por departamentos hospitalarios.

GRAFICO 6. Puntuación SERVQHOS media e IC 95% por Departamentos hospitalarios



Mediante la aplicación de la prueba estadística T de Student se ha analizado si existen diferencias en la puntuación SERVQHOS en función del sexo o de la nacionalidad. Se ha encontrado que los varones están significativamente más satisfechos que las mujeres y que los extranjeros están significativamente más satisfechos que los españoles. Mediante la aplicación de la prueba del análisis de la varianza (ANOVA) se ha observado que existen diferencias significativas en la puntuación SERVQHOS según el nivel de estudios encontrándose que los pacientes con formación universitaria y los pacientes sin estudios están significativamente menos satisfechos que los pacientes con estudios primarios o secundarios. No se han encontrado diferencias en la puntuación SERVQHOS según la situación laboral del paciente. La tabla 13 presenta las puntuaciones SERVQHOS obtenidas en función de las diferentes variables sociodemográficas y su nivel de significación estadística.

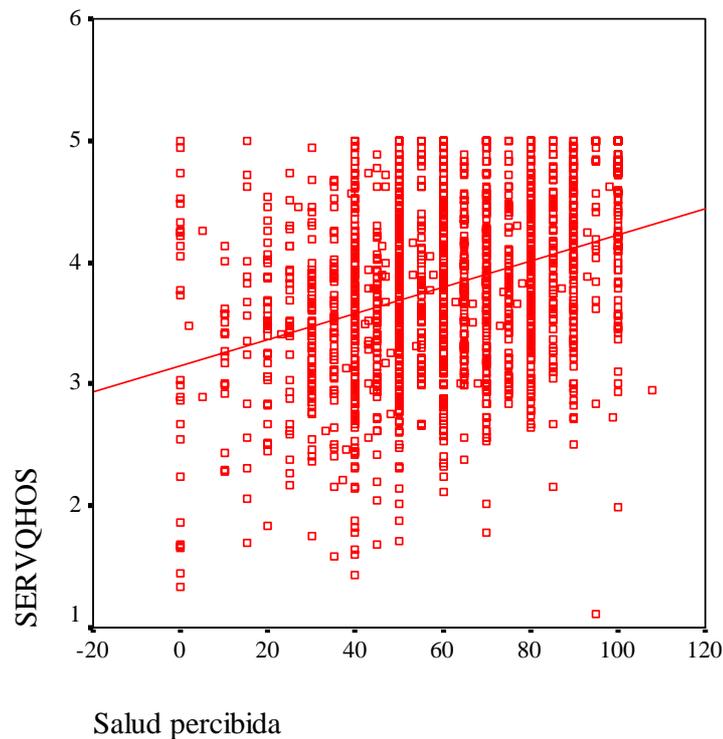
TABLA 13. Puntuación SERVQHOS según variables sociodemográficas y significación estadística

		N	SERVQHOS	p
Sexo	Varón	1.128	3,83	<0,01
	Mujer	1.147	3,75	
Nacionalidad	Extranjeros	79	4,24	<0,01
	Espanoles	2.218	3,77	
Nivel de estudios	Sin estudios	371	3,72	<0,01
	Estudios Primarios	975	3,83	
	Estudios Secundarios	534	3,82	
	Universitarios	375	3,71	
Ocupación	Ama de casa	365	3,77	0,81
	Trabajador/a	719	3,79	
	Parado/a	123	3,84	
	Jubilado/a	1.013	3,78	

Mediante la realización de la prueba de la correlación no paramétrica de Spearman se ha analizado si existen diferencias en la puntuación SERVQHOS en función de las variables sociodemográficas cuantitativas. Así, no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en la satisfacción de los pacientes medida según la puntuación SERVQHOS y la edad ($p= 0,336$). También mediante la realización de la prueba de correlación no paramétrica se ha analizado si existen diferencias en la puntuación SERVQHOS en función de una variable que mide el nivel de salud percibido por el paciente en una escala de 0 a 100, siendo 0 el peor estado de salud posible y 100 el mejor estado de salud posible, encontrándose que a mejor estado de salud percibido por el paciente mayor era su satisfacción medida mediante la puntuación obtenida en el

cuestionario SERVQHOS (Coeficiente de correlación: 0,34; $p < 0,001$). El gráfico 7 representa la relación entre el nivel de salud percibido y la satisfacción del paciente medida mediante la puntuación SERVQHOS.

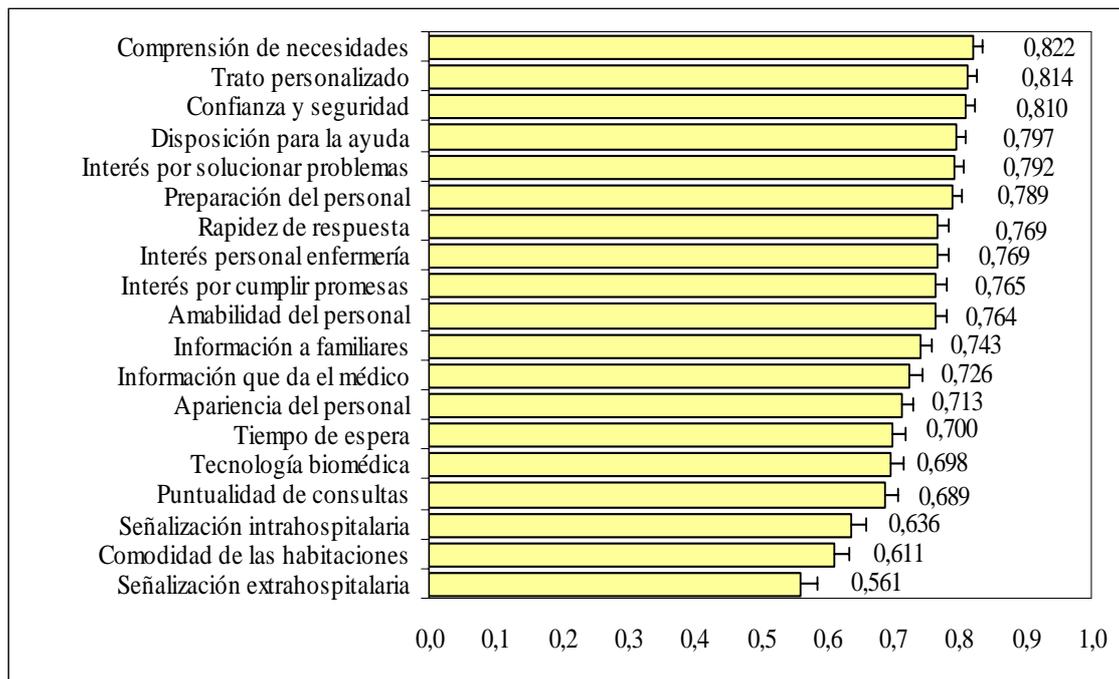
GRÁFICO 7. Relación entre la satisfacción medida mediante la puntuación SERVQHOS y salud percibida



Con el objetivo de conocer el aspecto de la atención que se relaciona de forma más robusta con la satisfacción del paciente, se ha analizado la correlación entre la respuesta a cada una de las 19 preguntas del cuestionario y la puntuación SERVQHOS total, mediante la correlación no paramétrica de Spearman. Los aspectos que más se correlacionan con la satisfacción de los pacientes son aquellos que forman parte del factor “*Calidad subjetiva*” como la comprensión de las necesidades, el trato recibido y la confianza y seguridad que transmite el personal, mientras que aspectos como la

señalización intrahospitalaria y extrahospitalaria y la comodidad de las habitaciones afectan menos a la satisfacción del paciente. El gráfico 8 muestra la correlación entre la puntuación SERVQHOS y la puntuación de cada una de las preguntas del cuestionario.

GRÁFICO 8. Correlación de la puntuación SERVQHOS con cada pregunta del cuestionario mediante el coeficiente de correlación de Spearman



4. 2. ESTUDIO DE URGENCIAS

Para conocer la satisfacción de los pacientes atendidos en el servicio hospitalario de urgencias se ha realizado llamada telefónica a 651 usuarios del Servicio de Urgencias de los que han contestado 296, obteniéndose una **tasa de respuesta del 45,5%**.

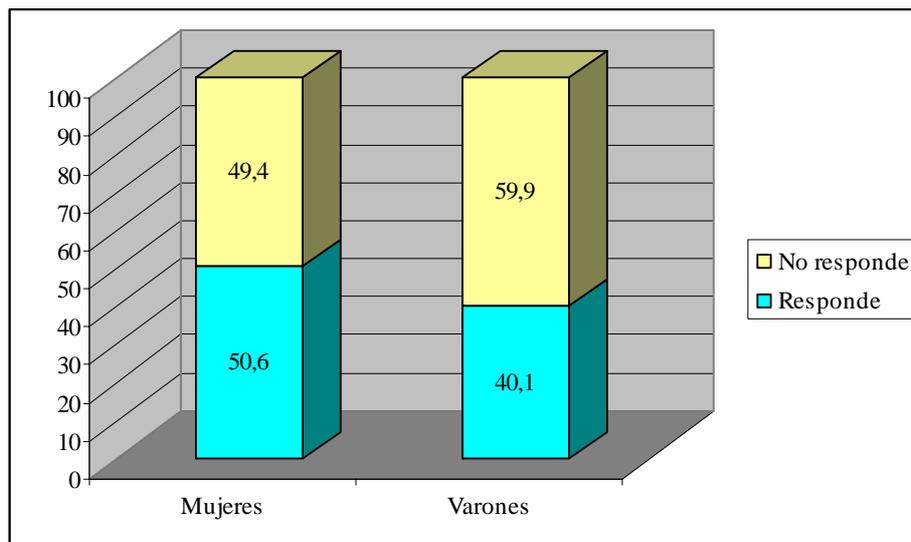
355 pacientes no contestaron a la entrevista telefónica, los motivos de la no respuesta fueron los siguientes:

- En el 57,7% no hubo respuesta a ninguna de las cuatro llamadas realizadas por los encuestadores
- En el 34,3% de los casos el número de teléfono no existía o no se correspondía con el paciente a encuestar
- El 8,1% de los usuarios rechazaron participar en el estudio

No se han encontrado diferencias significativas en la edad media entre los pacientes que responden (49,9 años) y los que no lo hacen (48,9 años), obteniéndose un valor de $p= 0,52$, ni en el porcentaje de respuesta entre los pacientes que ingresan y los que no (valor de $p= 0,57$). Tampoco se han encontrado diferencias en el porcentaje de respuesta entre los pacientes que acudieron a urgencias por iniciativa propia, los que acudieron derivados desde el Centro de Salud y los remitidos al Servicio de Urgencias por el SAMUR ($p=0,30$).

Se han encontrado **diferencias** significativas en el **sexo** entre los **respondedores** y los **no respondedores** ($p= 0,008$) encontrándose que las mujeres responden más a la entrevista que los varones, tal como se muestra en el gráfico 9.

GRÁFICO 9. Porcentaje de pacientes respondedores y no respondedores según género



4.2.1. DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN QUE HA CONTESTADO A LA ENCUESTA.

168 pacientes respondedores (56,8%) fueron mujeres. La edad media de los pacientes entrevistados fue de 49,9 años con una desviación típica de 21,5 años. 109 pacientes encuestados (36,8%) tenían estudios primarios y 133 (44,9%) estaban empleados en el momento de acudir a urgencias. La tabla 14, que se presenta a continuación describe las características sociodemográficas de los 296 pacientes que han contestado a la encuesta:

TABLA 14. Características sociodemográficas de los respondedores

Sexo	Varón	128 (43,2%)
	Mujer	168 (56,8%)
Edad	49,9 años (DT: 21,5)	
Nivel de estudios	Sin estudios	42 (14,2%)
	Estudios primarios	109 (36,8%)
	Estudios secundarios	80 (27%)
	Universitarios	58 (19,6%)
	No sabe/ no contesta	7 (2,4%)
Situación laboral	Empleado	133 (44,9%)
	Parado	21 (7,1%)
	Pensionista	97 (32,8%)
	Estudiante	19 (6,4%)
	Ama de casa	23 (7,8%)
	No sabe/ no contesta	3 (1%)

DT: desviación típica

Al explorar las características de utilización del servicio de urgencias por los pacientes encontramos que 216 pacientes (72,9%) acudieron a urgencias a petición propia. Respecto al motivo por el que acudieron a urgencias el más señalado fue por enfermedad (247 pacientes lo que supone el 83,4% de los casos). 83 pacientes (28%) acudían por primera vez al servicio de urgencias. 202 pacientes (62,8%) acudieron a urgencias acompañados por algún amigo o familiar. 20 pacientes (6,8%) fueron ingresados en el hospital. 102 pacientes entrevistados (34,4%) consideran que la enfermedad por la que acudieron a urgencias era grave o muy grave, 88 (29,7%) la consideraron moderada y 90 (30,4%) la consideraron leve (16 (5,4%) NS/NC).

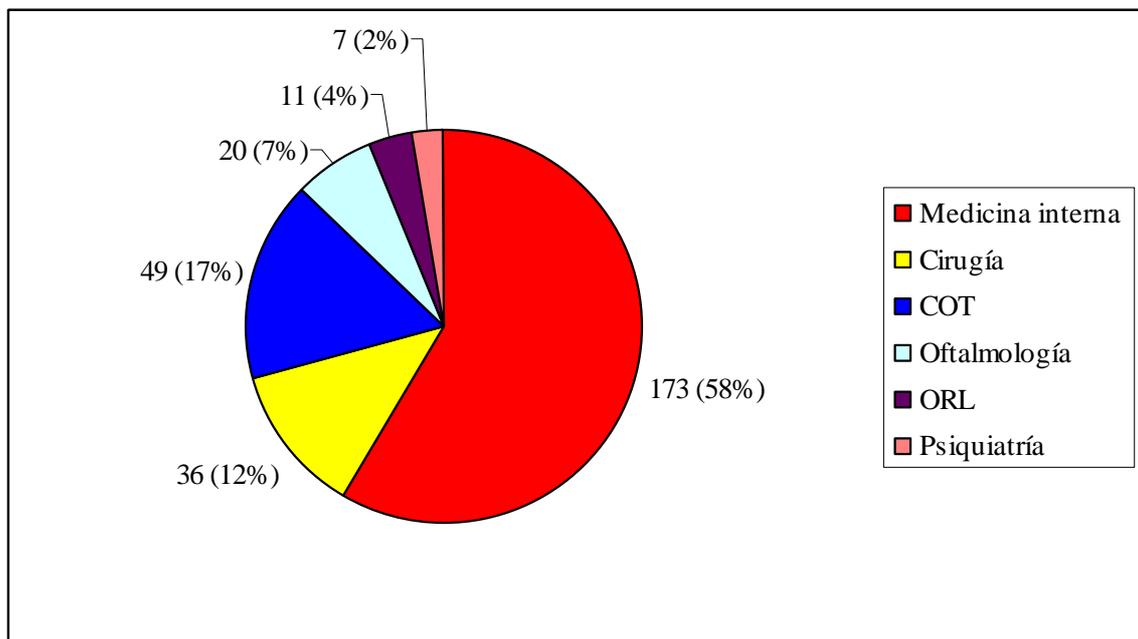
La tabla 15, que se presenta a continuación, muestra las características de utilización del servicio de urgencias por los entrevistados.

TABLA 15. Utilización del Servicio de Urgencias por parte de los entrevistados

Procedencia	Petición propia	216 (72,9%)
	Derivados desde el Centro de Salud	41 (13,9%)
	SAMUR	8 (2,7%)
	No sabe/ no contesta	31 (10,5%)
Motivo por el que acude a urgencias	Enfermedad	247 (83,4%)
	Accidente casual	40 (13,5%)
	Agresión	3 (1%)
	Accidente laboral	3 (1%)
	Accidente tráfico	3 (1%)
¿Es la primera vez que acude a la urgencia de este hospital?	Si	83 (28%)
	No	208 (70,3%)
	No sabe/ no contesta	5 (1,7%)
Acudió a urgencias ¿solo o acompañado?	Acompañado	202 (62,8%)
	Solo	77 (26%)
	No sabe/ no contesta	17 (5,7%)
Ingresa en el hospital	Si	20 (6,8%)
	No	276 (93,2%)

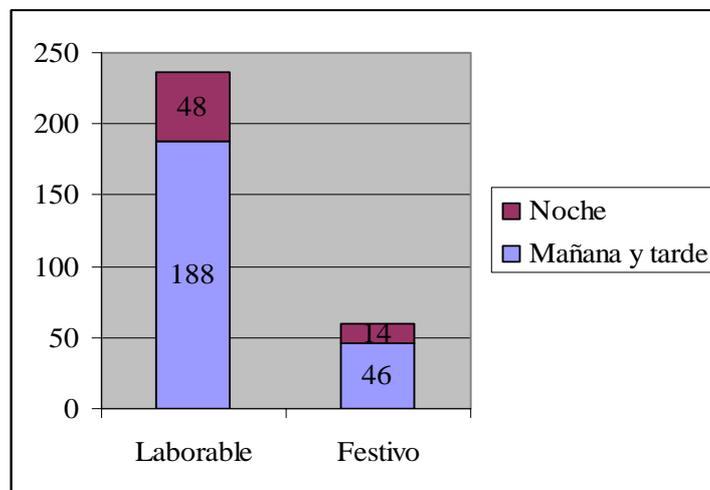
A continuación se presenta la distribución de los pacientes entrevistados en las diferentes especialidades existentes en el servicio de urgencias del hospital tras la realización del “*triage*” inicial.

GRÁFICO 10. Distribución de pacientes encuestados por especialidades del servicio de urgencias



El gráfico 11 muestra la distribución de los usuarios entrevistados según dos variables que se considera que pueden influir en el nivel de satisfacción de los pacientes: el día de la semana (laborable: de lunes a viernes, festivo: sábado y domingo) y el turno (mañana y tarde: de 8,00 a 22,00 horas, noche: de 22,00 a 8,00 horas) en que acudieron al Servicio de Urgencias

GRÁFICO 11. Distribución de los encuestados por día y turno de urgencias



4.2.2. PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS DEL CUESTIONARIO

El análisis de las propiedades psicométricas del cuestionario de satisfacción de urgencias comprende el análisis de la validez de constructo y de criterio, análisis discriminante y análisis de la consistencia. Los resultados se detallan a continuación.

4.2.2.1. Análisis de la validez.

Validez de constructo.

El análisis de la validez de constructo mediante análisis factorial exploratorio de componentes principales requirió la realización de dos modelos para identificar una solución factorial satisfactoria mediante un modelo dotado de la estabilidad necesaria para el propósito del estudio. Los modelos realizados se detallan a continuación.

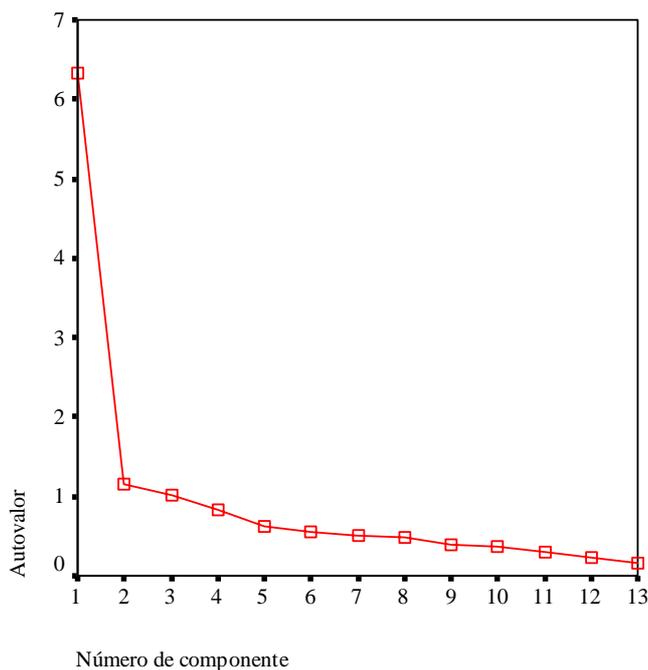
Primer modelo: El Análisis Factorial exploratorio de componentes principales con rotación mediante normalización varimax con Kaiser realizado para el conjunto del cuestionario compuesto por 13 ítems identificó la existencia de tres factores que explicaban el 65% de la varianza, un factor principal que explicaba el 37% de la varianza y dos factores de menor entidad que explicaban el 19% y el 9% respectivamente. Previamente fueron comprobados los supuestos de aplicación de la técnica: medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin que resultó en un valor de 0,91, test de esfericidad de Bartlett que obtuvo un valor p menor de 0,005 y el determinante de la matriz de correlaciones que fue menor de 0,001.

TABLA 16. Matriz de componentes rotados (Método de rotación: Normalización**Varimax con Kaiser)**

	Factor 1	Factor 2	Factor 3
Trato personal enfermería	0,857		
Competencia personal enfermería	0,846		
Trato personal médico	0,781		
Competencia personal médico	0,777		
Trato personal admisión	0,761		
Tranquilidad y apoyo	0,680		
Información que dan los informadores	0,606	0,430	
Información que da el médico	0,446	0,435	0,432
Comodidad de la sala de urgencias		0,876	
Estancia en urgencias	0,394	0,665	
Organización y coordinación	0,475	0,617	
Facilidad de trámites administrativos			0,714
Limpieza de urgencias	0,332	0,476	-0,513

Porcentaje de varianza explicado***37%******19%******9%***

GRÁFICO 12. Gráfico de sedimentación



El componente 3 del modelo aparece como un factor escasamente definido, ya que muestra una gran correlación con una sola variable (facilidad de los trámites administrativos) explicando un pequeño porcentaje de la varianza por lo que se consideró conveniente realizar un segundo modelo.

Segundo modelo: Se realizó un segundo análisis factorial en el que se eliminaron 2 variables del cuestionario (facilidad de los trámites administrativos y limpieza de la sala de urgencias) que no son correctamente explicadas por el análisis factorial de tres factores. Tras la realización de una rotación mediante normalización varimax con Kaiser se obtuvo una solución factorial con dos factores que explicaban el 63% de la varianza (medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin = 0,90, test de esfericidad de Bartlett $p < 0,005$, determinante de la matriz de correlaciones $< 0,001$). El primer factor explicaba el 33% y el segundo el 30%.

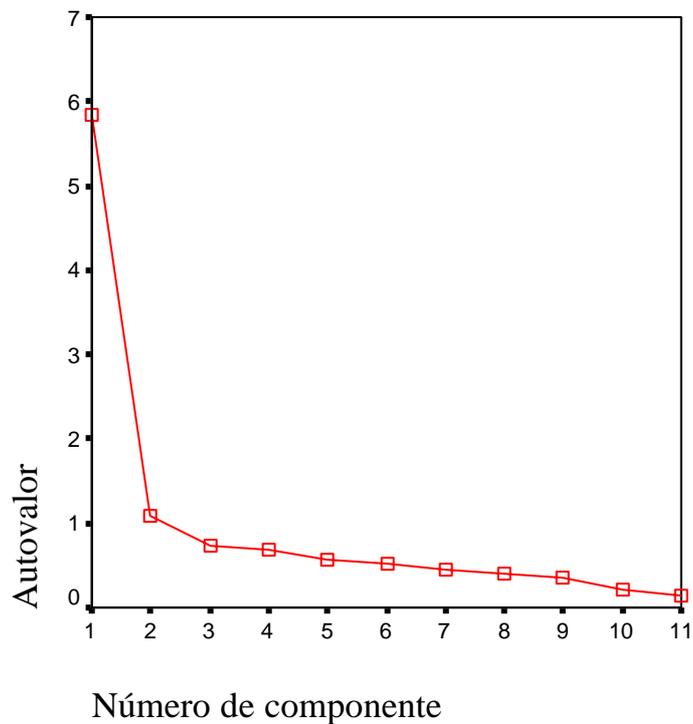
TABLA 17. Matriz de componentes rotados (Método de rotación: Normalización**Varimax con Kaiser)**

	Factor 1	Factor 2
Trato personal enfermería	0,915	
Competencia personal enfermería	0,877	
Tranquilidad y apoyo	0,658	
Trato personal médico	0,617	0,525
Trato personal admisión	0,587	
Comodidad de la sala de urgencias		0,781
Organización y coordinación		0,733
Información que da el médico		0,677
Estancia en urgencias		0,650
Competencia profesional de los médicos	0,584	0,601
Información que dan los informadores		0,515

*Porcentaje de varianza explicado***33%****30%**

El gráfico de sedimentación, que representa en el eje de las ordenadas los autovalores y en el eje de las abscisas el número de componentes principales, muestra un punto de inflexión entre el segundo y tercer factor, con una ligera reducción de la verticalidad a partir del segundo factor. Esto confirma la conveniencia de seleccionar los dos primeros factores.

GRÁFICO 13. Gráfico de sedimentación



Al considerar la representatividad de cada variable dentro del modelo se observa que la comunalidad de cada variable es superior al 50%, con excepción de la variable *“Información que dan los informadores”* cuya comunalidad, tras haber realizado la selección factorial alcanza un 42%. En la tabla 18, que se muestra a continuación, se presentan las comunalidades de las variables incluidas en el modelo, tras la realización de la extracción por el método de análisis de componentes principales.

TABLA 18. Comunalidades de las variables tras la extracción por el método de análisis de componentes principales

	Comunalidad
Trato personal enfermería	0,846
Competencia personal enfermería	0,821
Tranquilidad y apoyo	0,574
Trato personal médico	0,656
Trato personal admisión	0,519
Comodidad de la sala de urgencias	0,611
Organización y coordinación	0,673
Información que da el médico	0,530
Estancia en urgencias	0,582
Competencia profesional de los médicos	0,703
Información que dan los informadores	0,421

Comunalidad: porcentaje de varianza de cada variable que es explicada por el análisis factorial.

Método de extracción: Análisis de Componentes principales

El primer factor se ha denominado “*Servicio Personalizado*”, contiene 6 ítems y explica el 33% de la varianza. Este factor incluye cuestiones referentes a la amabilidad, trato y competencia profesional. El segundo factor se ha denominado “*Servicio Confortable*” contiene cinco ítems que hacen referencia a la organización y coordinación, información recibida y comodidad de las instalaciones. Este segundo factor explica el 30% de la varianza. La siguiente tabla presenta los resultados del análisis factorial exploratorio con la saturación factorial de cada ítem.

TABLA 19. Resultados del análisis factorial exploratorio y saturación factorial de los ítems

<i>Servicio personalizado</i>		<i>Servicio confortable</i>	
Trato personal enfermería	0,915	Comodidad de la sala de urgencias	0,781
Competencia personal enfermería	0,877	Organización y coordinación	0,733
Tranquilidad y apoyo	0,658	Información que da el médico	0,677
Trato personal médico	0,617	Estancia en urgencias	0,650
Trato personal de admisión	0,587	Información que dan los informadores	0,515
Competencia personal médico	0,584		

Validez de criterio

La validez de criterio se ha analizado considerando como criterios predictivos externos dos variables: la *valoración global del Servicio de Urgencias hospitalarias* y la *consideración del paciente sobre si recomendaría la Urgencia del hospital*. Se ha realizado un análisis de validez de criterio concurrente dado que el instrumento y el estándar se han medido simultáneamente.

Mediante la prueba de correlación no paramétrica Rho de Spearman se ha relacionado la puntuación de cada individuo, en cada uno de los dos factores obtenidos: “*Servicio personalizado*” y “*Servicio confortable*”, con la puntuación otorgada en la pregunta sobre la valoración global de la urgencia, obteniéndose un coeficiente de correlación de Spearman de 0,35 para el factor “*Servicio Personalizado*” y de 0,59 para el factor “*Servicio Confortable*”, tal como se detalla en la tabla 20.

TABLA 20. Coeficiente de correlación de Spearman e IC 95% entre cada factor y la valoración global de la urgencia

	Coeficiente de Correlación Spearman	IC (95%)
<i>Servicio Personalizado</i>	0,35	(0,25; 0,45)
<i>Servicio Confortable</i>	0,59	(0,51; 0,66)

Mediante regresión logística se ha analizado la validez concurrente respecto al criterio sobre si el paciente recomendaría la urgencia del hospital a otros pacientes, obteniéndose una *Odds Ratio* de 2,31 para el factor *Servicio Personalizado* y una *Odds Ratio* de 4,21 para el factor *Servicio Confortable*, tal como se presenta en la tabla 21.

TABLA 21. Odds ratio e intervalo de confianza 95% entre cada factor y el criterio externo “Recomendaría la urgencia del hospital a familiares y amigos”

	Odss ratio	IC (95%)
<i>Servicio Personalizado</i>	2,31	(1,55; 3,47)
<i>Servicio Confortable</i>	4,21	(2,67; 6,64)

Análisis discriminante

El análisis discriminante se ha realizado utilizando como criterios predictivos externos las variables “*Valoración global de la urgencia*” y la “*Consideración del paciente sobre si recomendaría la urgencia del hospital a familiares y amigos*”. El análisis discriminante confirmó el porcentaje de casos clasificados correctamente del

66,7% sobre el criterio “*Valoración global de la urgencia*” (N= 156).y del 92,1% sobre el criterio “*Consideración del paciente sobre si recomendaría la urgencia del hospital a familiares y amigos*” (N=152). Los gráficos 14 y 15, presentados a continuación, muestran la proporción de pacientes correcta e incorrectamente clasificados para cada categoría de respuesta de estos dos criterios de referencia.

GRÁFICO 14. Proporción de pacientes correcta e incorrectamente clasificados por categorías de respuesta del criterio de referencia “*Valoración global de la urgencia*”

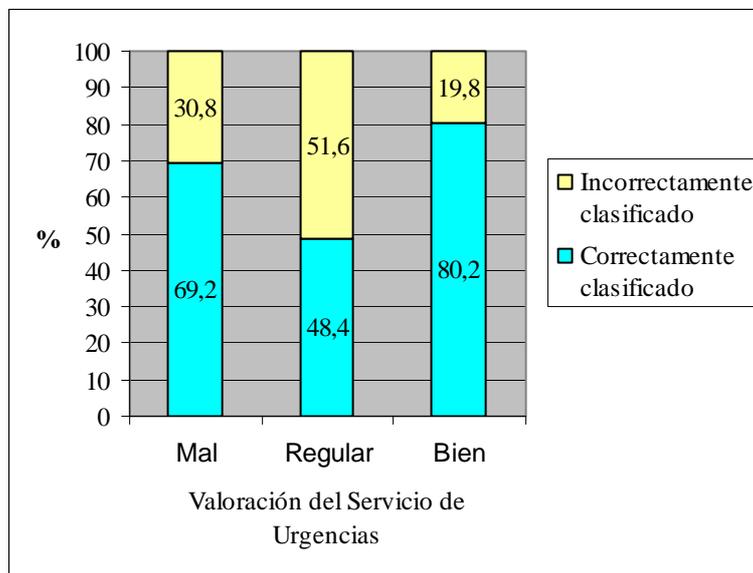
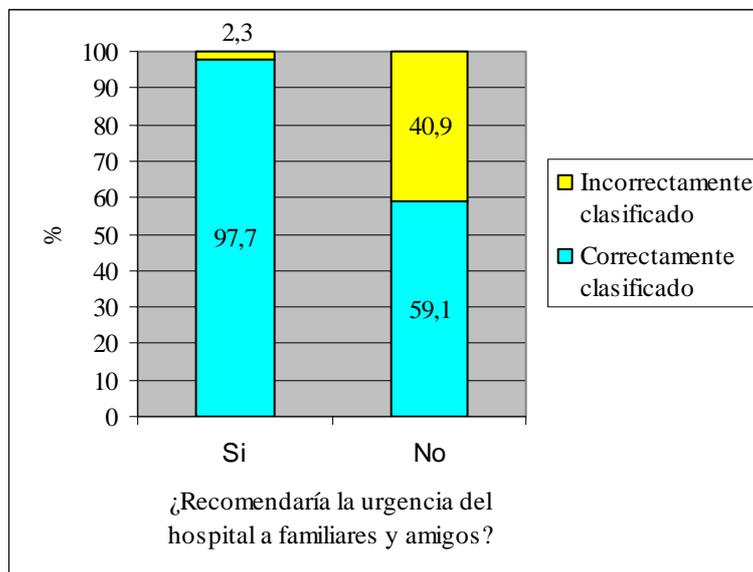


GRÁFICO 15. Proporción de pacientes correcta e incorrectamente clasificados en cada categoría de respuesta del criterio de referencia “Consideración del paciente sobre si recomendaría la urgencia del hospital a familiares y amigos”



4.2.2.2. Análisis de la consistencia.

Consistencia interna del total del cuestionario.

El valor **Alfa de Cronbach** para el total del cuestionario de 13 ítems fue de **0,90** (Nº casos: 158). Los valores de **correlación ítem- total** oscilaron entre **0,44 y 0,78**, si exceptuamos el valor 0,31 del ítem acerca de la facilidad de los trámites administrativos y el valor 0,37 acerca de la limpieza de la sala de urgencias. Tras excluir estas dos variables se calculó el Alfa de Cronbach para el cuestionario de 11 ítems, obteniéndose un valor de 0,92 (Nº de casos: 166) no mejorable tras la exclusión de ningún ítem. Los valores de la correlación ítem- total oscilaron entre 0,47 y 0,81. La tabla 22 muestra el porcentaje de respuesta en cada una de las alternativas de las preguntas. Todas las cuestiones fueron

contestadas por más del 90% de los pacientes, excepto el ítem acerca de la información que dan los informadores de urgencias (65,2%).

TABLA 22. Porcentaje de respuesta en cada una de las alternativas de los ítems del cuestionario (N= 296)

	Muy buena	Buena	Regular	Mala	Muy mala	NS/ NC
Facilidad de los trámites en admisión	10,5	42,2	31,4	4,7	3,0	8,1
Trato personal de admisión	25,3	56,4	5,7	2,7	1,0	8,8
Trato personal médico	40,9	47,0	8,1	2,7	1,0	0,3
Competencia personal médico	33,8	48,6	9,5	5,1	1,0	2,0
Información que da el médico	20,6	48,3	18,9	5,7	2,7	3,7
Trato personal enfermería	42,2	44,9	7,1	3,0	0,7	2,0
Competencia personal enfermería	37,2	48,6	7,1	3,0	0,7	3,4
Tranquilidad y apoyo	29,1	47,6	13,9	5,7	1,4	2,4
Comodidad de la sala de urgencias	7,4	32,1	30,4	17,9	9,8	2,4
Limpieza del servicio de urgencias	15,5	61,1	13,9	2,0	1,0	6,4
Organización y coordinación	25,7	51,4	12,5	4,7	2,7	3,0
Información que dan los informadores	14,9	41,6	4,4	3,4	1,0	34,8
Estancia en urgencias	13,9	17,2	50,3	10,8	7,1	0,7

Consistencia interna del factor *Servicio Personalizado*

El valor **Alfa de Cronbach** para el factor *Servicio Personalizado* fue de **0,90** (Nº casos: 251). Los valores de las correlaciones ítem-total oscilaron entre 0,66 y 0,79. La tabla 23 muestra el valor de la correlación ítem-total para cada variable y el valor Alfa de Cronbach cuando el ítem es excluido.

TABLA 23. Correlación ítem-total para cada variable del factor Servicio Personalizado y valor Alfa de Cronbach tras la exclusión de la variable

Servicio Personalizado	Correlación ítem-total	Alfa tras exclusión ítem
Trato personal enfermería	0,75	0,89
Competencia personal enfermería	0,79	0,88
Tranquilidad y apoyo	0,69	0,90
Trato personal médico	0,79	0,88
Trato personal de admisión	0,66	0,90
Competencia personal médico	0,76	0,88

Consistencia interna del factor *Servicio Confortable*

El valor **Alfa de Cronbach** para el factor *Servicio Confortable* fue de **0,83** (Nº casos: 182). Los valores de las correlaciones ítem-total oscilaron entre 0,56 y 0,71. La tabla 24 muestra el valor de la correlación ítem-total para cada variable y el valor Alfa de Cronbach cuando el ítem es excluido.

TABLA 24. Correlación ítem-total para cada variable del factor Servicio Confortable y valor Alfa de Cronbach tras la exclusión de la variable

Servicio confortable	Correlación ítem-total	Alfa tras exclusión del ítem
Comodidad de la sala de urgencias	0,56	0,82
Organización y coordinación	0,71	0,78
Información que da el médico	0,60	0,80
Estancia en urgencias	0,68	0,78
Información que dan los informadores	0,62	0,80

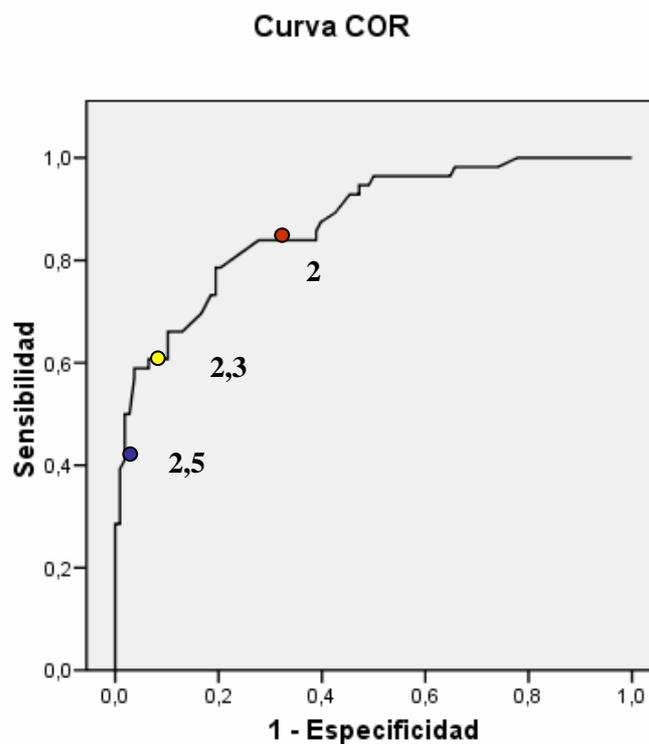
Versión final del cuestionario

Como resultado final del proceso de validación, se ha obtenido una versión del cuestionario, SUAUH-11, compuesta por 11 preguntas agrupadas en dos factores: “*Servicio personalizado*” y “*Servicio confortable*”. Cada pregunta dispone de 5 categorías de respuesta ordinales (desde 1 muy bueno a 5 muy malo), junto con una sexta “*No sabe/no contesta*”. La puntuación final del cuestionario se obtiene calculando la media de la suma de las puntuaciones medias de cada uno de los dos factores.

4.2.2.3. Determinación del punto de corte para diferenciar pacientes satisfechos de pacientes insatisfechos

Una vez obtenida la puntuación final del cuestionario, procederemos a determinar un punto de corte en la escala de puntuación que nos permita diferenciar entre pacientes satisfechos e insatisfechos. Para ello se ha realizado la curva ROC, mostrada a continuación, donde la variable utilizada como criterio de referencia o “*Gold Standard*” ha sido la valoración del paciente sobre su nivel de satisfacción global en dos categorías: Satisfecho e insatisfecho. 176 pacientes se declararon “Satisfechos” según esta variable y 113 se declararon “Insatisfechos” (7 No sabe/ No contesta). El área bajo la curva es 0,87.

GRÁFICO 16. Curva ROC para determinar punto de corte en la puntuación final del cuestionario SUAUH-11



De entre todos los posibles puntos de corte de la puntuación final del cuestionario SUAUH-11 se seleccionaron los 3 señalados en la curva ROC en función de su efecto sobre la sensibilidad y la especificidad. En la tabla 25, mostrada a continuación, se presentan la sensibilidad, especificidad, valores predictivos y razón de verosimilitud de cada uno de estos puntos de corte.

TABLA 25. Sensibilidad, especificidad, valores predictivos y razón de verosimilitud de los 3 puntos de corte seleccionados

Punto de corte	Sensibilidad	Especificidad	VPP	VPN	LR+	LR-
2	84%	66,7%	79,5%	72,1%	2,5	0,7
2,3	60,7%	91,7%	91,4%	59,5%	7,3	0,4
2,5	44,6%	98,1%	96,3%	53%	23,4	0,5

VPP: Valor predictivo positivo, VPN: Valor predictivo negativo, LR+: Razón de verosimilitud de un resultado positivo, LR-: Razón de verosimilitud de un resultado negativo

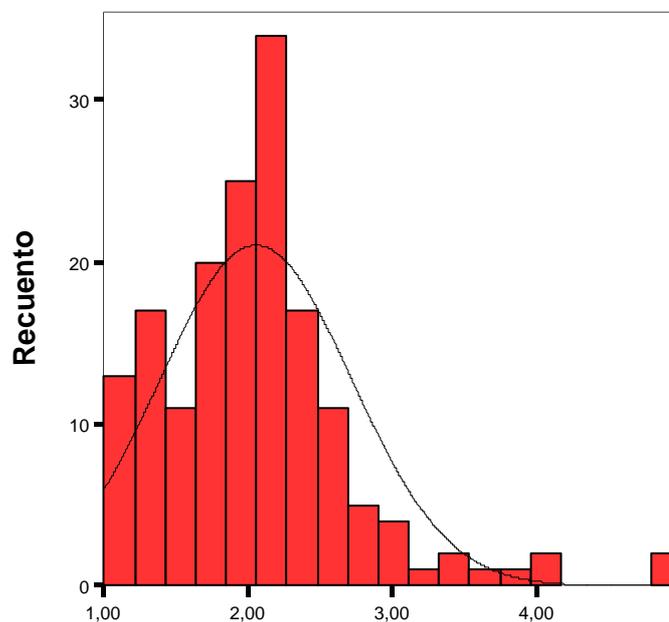
Según estos resultados y, dado que la finalidad del cuestionario es detectar a los pacientes insatisfechos, se ha seleccionado como punto de corte una puntuación final en el cuestionario igual a 2,3. De esta manera serán considerados pacientes satisfechos aquellos cuya puntuación final del cuestionario sea igual o inferior a 2,3 y pacientes insatisfechos aquellos cuya puntuación final del cuestionario sea superior a 2,3.

4.2.3. DESCRIPCIÓN Y ANÁLISIS DE LA SATISFACCIÓN

4.2.3.1.- Descripción de la satisfacción

De los 296 pacientes entrevistados, 166, respondieron a las 11 preguntas que componen el cuestionario SUAUH-11. El porcentaje de pacientes satisfechos fue del 74,1%, obteniéndose una puntuación media en el cuestionario de 2,05 (IC 95%: 1,95; 2,15). El siguiente gráfico muestra la distribución de las puntuaciones obtenidas en el cuestionario.

GRÁFICO 17. Distribución de la puntuaciones totales del cuestionario SUAUH-11



*Escala de respuesta de 1-5, siendo 1 la mejor puntuación posible y 5 la peor puntuación posible

La siguiente tabla muestra la opinión de los pacientes entrevistados respecto a diferentes aspectos de la atención en el servicio de urgencias tales como la identificación del personal médico, la protección de la intimidad del paciente y la información recibida acerca del proceso por el que fue atendido en urgencias.

TABLA 26. Opinión del paciente sobre aspectos de la atención en el servicio de urgencias

El médico o médicos que le examinaron o trataron ¿le decían su nombre?	Si, siempre	119 (40,2%)
	A veces	28 (9,5%)
	No, nunca	112 (37,8%)
	NS/ NC	37 (12,5%)
¿Se protegió su intimidad durante su estancia en urgencias?	Si, siempre	118 (39,9%)
	A veces	26 (8,8%)
	No, nunca	53 (18,2%)
	NS/ NC	99 (33,4%)
¿Recibió un informe médico de alta?	Si	246 (83,1%)
	No	15 (5,1%)
	NS/ NC	35 (11,8%)
¿Comprendió la información que le dieron en el momento del alta?	Si	192 (64,9%)
	No	4 (1,3%)
	NS /NC	100 (33,8%)
¿El médico o la enfermera le explicó como tomar la medicación?	Si	196 (92,9%)
	No	14 (6,6%)
	NS/ NC	1 (0,5%)

NS/NC: No sabe/no contesta

A continuación, en la tabla 27, se muestra la opinión de los pacientes sobre el tiempo de estancia en el servicio de urgencias y la resolución de su problema de salud tras acudir al mismo.

TABLA 27. Opinión del paciente sobre el tiempo de estancia en el servicio de urgencias y su capacidad resolutiva

Considera que el tiempo que permaneció en el S ^o de Urgencias fue:	Adecuado	159 (53,7%)
	Escaso	8 (2,7%)
	Excesivo	128 (43,2%)
	NS/ NC	1 (0,3%)
Considera que el tiempo de visita de sus familiares fue:	Suficiente	105 (35,5%)
	Excesivo	6 (2%)
	Escaso	54 (18,2%)
	NS/ NC	131 (44,3%)
Tras acudir a Urgencias, su problema de salud ha mejorado:	Bastante/ totalmente	168 (56,8%)
	Poco	79 (26,7%)
	Nada	39 (13,2%)
	NS/ NC	10 (3,4%)
Su estancia en el hospital fue:	Mejor de lo esperado	92 (31,1%)
	Como lo esperaba	149 (50,3%)
	Peor de lo esperado	53 (17,9%)
	NS/ NC	10 (3,3%)
¿Recomendaría el S ^o de Urgencias?	Si	233 (78,7%)
	No	45 (15,2%)
	NS/ NC	18 (6,1%)

NS/NC: No sabe/no contesta

112 usuarios (37,8%) aportaron sugerencias. El 29,5% hace alusión a la necesidad de disminuir los tiempos de espera, el 17,9% sugiere mejorar y adecuar las instalaciones y el 17% considera que el principal problema del S ° de Urgencias es la masificación.

4.2.3.2.- Análisis de la satisfacción

Se ha utilizado la prueba t de Student para analizar si existen diferencias en la satisfacción del paciente, medida mediante la puntuación obtenida en el cuestionario SUAUH-11, según el paciente hubiera acudido al Servicio de Urgencias en día laborable (lunes a viernes) o en fin de semana (sábado o domingo), o según hubiera acudido en el turno de día (8,00- 22,00 h) o de noche (22,00- 8,00h), no encontrándose diferencias en ninguno de los casos ($p>0,05$).

Como se muestra en la tabla 28, presentada a continuación, no se han encontrado diferencias significativas en la satisfacción de los pacientes al compararlos por sexos, ni en función de que acudieran a urgencias solos o acompañados ni según el paciente fuera dado de alta desde el Servicio de Urgencias o ingresara en el hospital. Tampoco se han encontrado diferencias en la satisfacción según la situación laboral de los usuarios ($p=0,60$). Respecto al nivel de estudios, se ha observado que los pacientes sin estudios se muestran más satisfechos que los pacientes con estudios universitarios ($p=0,05$), con una puntuación media del cuestionario de 1,80 (IC 95%: 1,59; 2,01) de los primeros frente a una puntuación media de 2,20 (IC 95%: 1,93; 2,47)) de los segundos.

TABLA 28. Satisfacción de los pacientes según variables sociodemográficas y de utilización del Servicio de Urgencias

	N	Puntuación media	p (t Student)	IC 95% de la diferencia
Laborable	139	2,05	0,83	(-0,25; 0,31)
Fin de semana	27	2,02		
Turno de día	137	2,08	0,16	(-0,07; 0,46)
Turno de noche	29	1,89		
Varón	75	2,11	0,31	(-0,10; 0,31)
Mujer	91	2,00		
Acompañados	111	2,00	0,13	(-0,41; 0,55)
Solos	46	2,18		
Primera vez en la Urgencia	43	2,06	0,98	(-0,23; 0,24)
Más visitas a la Urgencia	121	2,05		
Alta desde Urgencias	160	2,05	0,80	(-0,48; 0,61)
Ingreso hospitalario	6	1,98		

Para estudiar si existen diferencias en la satisfacción de los pacientes en función del departamento del Servicio de Urgencia donde fueron atendidos se ha utilizado la prueba del Análisis de la varianza (ANOVA) no encontrándose diferencias significativas ($p=0,87$) tal como se presenta en la tabla 29.

TABLA 29. Satisfacción por departamentos del Servicio de Urgencias

	N	Puntuación media	IC 95% media	p ANOVA
Medicina Interna/ Espec. médicas	98	2,07	(1,93; 2,21)	0,87
Cirugía general/ Espec. quirúrgicas	19	1,95	(1,64; 2,24)	
Cirugía ortopédica. y traumatológica	30	2,02	(1,81; 2,22)	
Otros	19	2,09	(1,74; 2,43)	

Mediante la realización de la prueba de correlación no paramétrica Rho de Spearman se han analizado los aspectos que más influyen en la satisfacción de los usuarios del Servicio de Urgencias. La **organización y coordinación del equipo** que atiende al paciente es el aspecto que más afecta a la satisfacción, seguido de la **competencia profesional del personal sanitario y la comodidad de la sala de urgencias**. La protección de la intimidad, facilidad de los trámites administrativos, la identificación de los médicos y la limpieza de la sala de urgencias son los aspectos que menos afectan a la satisfacción. La tabla 30 muestra la influencia de cada aspecto de la atención en la satisfacción de los pacientes con el servicio de urgencias.

TABLA 30. Influencia de cada aspecto de la atención en la satisfacción de los pacientes del Servicio de Urgencias

<i>Servicio personalizado</i>	Coefficiente correlación Spearman	IC (95%)
Competencia personal médico	0,55	(0,46; 0,62)
Tranquilidad y apoyo	0,50	(0,41; 0,59)
Competencia personal enfermería	0,50	(0,41; 0,58)
Trato personal de admisión	0,48	(0,38; 0,57)
Trato personal médico	0,47	(0,38; 0,56)
Trato personal enfermería	0,45	(0,35; 0,54)
<i>Servicio comfortable</i>	Coefficiente correlación Spearman	IC (95%)
Estancia en urgencias	0,63	(0,56; 0,70)
Organización y coordinación	0,58	(0,50; 0,65)
Comodidad sala de urgencias	0,52	(0,43; 0,60)
Información que dan los informadores	0,48	(0,36; 0,58)
Información que da el médico	0,46	(0,36; 0,55)

A partir de los dos factores identificados: servicio personalizado y servicio comfortable, se ha realizado la prueba T de Student para identificar si existe diferencia en cada uno de ellos en función de variables sociodemográficas y variables que exploran la utilización del Servicio de Urgencias.

No se han encontrado diferencias por sexos en la valoración del servicio personalizado ($p= 0,14$) ni en la valoración del servicio comfortable ($p= 0,91$), tampoco

se han encontrado diferencias en función de que el paciente fuese hospitalizado o dado de alta desde la urgencia ($p= 0,47$ para el servicio personalizado y $p=0,88$ para el servicio confortable), ni en función de que el paciente acuda al servicio de urgencias sólo o acompañado ($p= 0,43$ para el servicio personalizado y $p= 0,72$ para el servicio confortable). Tampoco se han encontrado diferencias entre los pacientes que acudieron a urgencias por primera vez y los que ya habían acudido anteriormente ($p= 0,28$ para el servicio personalizado y $p=0,86$ para el servicio confortable).

Mediante la Prueba de la Correlación no paramétrica de Spearman se ha estudiado si existe relación entre cada uno de los factores encontrados y la edad, no encontrándose correlación entre la puntuación de cada uno de los factores y la edad ($p= 0,14$ para el factor servicio personalizado y $p= 0,17$ para el servicio confortable).

Por último, mediante el Análisis de la Varianza (ANOVA) se ha estudiado si existen diferencias en cada uno de los factores en función del departamento de urgencias donde el paciente ha sido atendido, no encontrándose diferencias ($p= 0,86$ para el servicio personalizado, $p= 0,76$ para el servicio confortable), en función de la situación laboral del paciente ($p= 0,36$ para servicio personalizado, $p= 0,89$ para servicio confortable) y según el nivel de estudios ($p= 0,32$) aunque si han encontrado en el servicio confortable ($p= 0,02$) de forma que los usuarios sin estudios lo valoran significativamente mejor que los usuarios con estudios primarios, secundarios o universitarios.

4. 3. ESTUDIO DE CONSULTAS EXTERNAS

La encuesta de satisfacción de consultas externas se entregó a todos los pacientes que acudieron a las consultas durante el periodo de estudio. Se entregaron 6.000 encuestas de las que se recogieron 2.672, obteniéndose una **Tasa de respuesta de 44,54%**. De entre las encuestas recogidas se seleccionaron 677 encuestas mediante un muestreo aleatorio estratificado por día de la semana, correspondientes al tamaño muestral necesario, sobre las que se ha realizado el análisis.

4.3.1. DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN QUE HA CONTESTADO A LA ENCUESTA.

Las características sociodemográficas de los pacientes que han contestado al cuestionario se presentan en la tabla 31.

TABLA 31. Características sociodemográficas de los pacientes

Sexo	Varón	267 (39,4%)
	Mujer	402 (59,4%)
	No sabe/ no contesta	8 (1,2%)
Edad	49, 98 años (DT: 17,94; Rango: 9-94)	
Nivel de estudios	Sin estudios	56 (8,3%)
	Estudios primarios	246 (36,3%)
	Estudios secundarios	191 (28,2)
	Universitarios	162 (23,9%)
	No sabe/ no contesta	22 (3,2%)
Situación laboral	Empleado	285 (42,1%)
	Parado	52 (7,7%)
	Pensionista	188 (27,8%)
	Estudiante	30 (4,4%)
	Ama de casa	99 (14,6%)
	No sabe/ no contesta	23 (3,4%)
Nacionalidad	Española	653 (96,5%)
	Otra	17 (2,5%)

A continuación se presentan las características de utilización de las consultas externas por los pacientes encuestados.

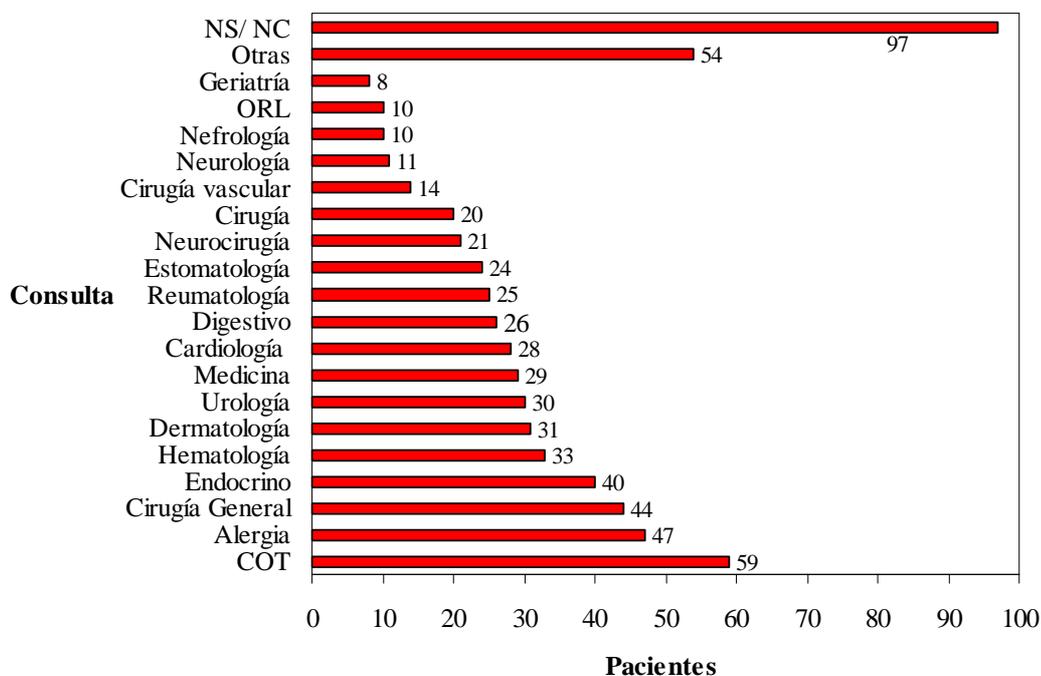
TABLA 32. Características de utilización de las consultas externas por parte de los encuestados

¿Es la primera vez que acude a las consultas externas de este hospital?	Si	50 (7,4%)
	No	594 (87,7%)
	No sabe/ no contesta	33 (4,9%)
¿Quién le remitió por primera vez a las consultas externas del hospital?	Médico de cabecera	185 (27,3%)
	Especialista de ambulatorio	158 (23,3%)
	Tras ingreso hospitalario	107 (15,8%)
	Tras acudir a urgencias	70 (10,3%)
	Especialista de otra consulta del hospital	51 (7,5%)
	Desde otra Área Sanitaria o CCAA	22 (3,2%)
	No sabe/ no contesta	84 (12,4%)
¿Cómo recibió la cita?	Por correos	245 (36,2%)
	En persona (ventanilla)	324 (47,9%)
	Por teléfono	63 (9,3%)
	No sabe/ no contesta	45 (6,6%)

La mediana de la demora (tiempo transcurrido desde que el paciente pide la cita hasta que acude a la consulta) fue de 60 días (Percentil 25: 25 días; percentil 75: 120 días) en los 589 pacientes con datos para esta variable.

El siguiente gráfico muestra la distribución de los pacientes encuestados por especialidades de consulta externa hospitalaria.

GRÁFICO 18. Distribución de los pacientes encuestados por consultas



El epígrafe otras hace referencia a las consultas de cirugía plástica (7 pacientes), microbiología y enfermedades infecciosas (7 pacientes), neumología (7 pacientes), rehabilitación (7 pacientes), hipertensión (6 pacientes), oncología (5 pacientes), cirugía cardiovascular (4 pacientes), oftalmología (4 pacientes), cirugía torácica (3 pacientes), nutrición (3 pacientes) y anestesia (1 paciente).

4.3.2. PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS DEL CUESTIONARIO

El estudio de las propiedades psicométricas del cuestionario comprende el análisis de la validez de constructo de criterio, análisis discriminante y consistencia interna.

4.3.2.1. Análisis de la validez.

Validez de constructo.

Se ha realizado Análisis Factorial exploratorio de componentes principales con rotación mediante normalización varimax con Kaiser. La solución factorial obtenida ha identificado la existencia de dos factores claramente definidos: un primer factor que explica el 36% de la varianza y un segundo factor que explica el 27%. De esta forma la solución factorial obtenida explica el 63% de la varianza. Previamente fueron comprobados los supuestos de aplicación de la técnica: medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin = 0,91, test de esfericidad de Bartlett $p < 0,005$, determinante de la matriz de correlaciones $< 0,001$.

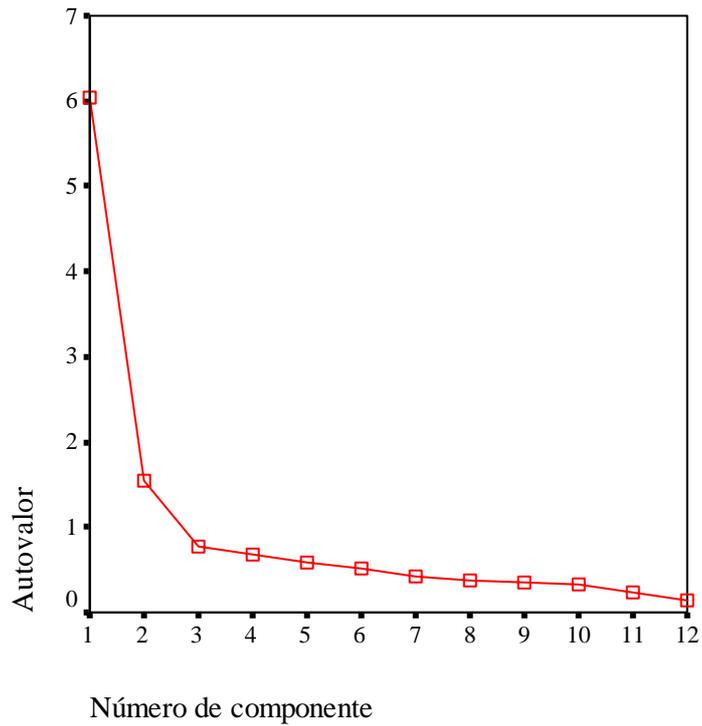
TABLA 33. Matriz de componentes rotados (Método de rotación: Normalización**Varimax con Kaiser)**

	Factor 1	Factor 2
Claridad de la información	0,882	
Información que da el médico	0,858	
Trato personal médico	0,848	
Intimidad de la consulta	0,794	
Duración de la consulta	0,774	
Trato personal enfermería	0,610	0,376
Facilidad trámites de admisión		0,763
Comodidad de la sala de espera		0,729
Tiempo de espera en consulta		0,713
Demora de la consulta		0,680
Señalización de las consultas		0,680
Facilidad trámites para recita	0,520	0,549

*Porcentaje de varianza explicado**36%**27%*

A continuación se presenta el gráfico de sedimentación donde se observa un punto de inflexión entre el segundo y tercer factor, con una ligera reducción de la verticalidad a partir del segundo factor que confirma la adecuación de la estructura en dos factores.

GRÁFICO 19. Gráfico de sedimentación



Una vez decidido el número de factores, y conocido el porcentaje de varianza total explicada, se ha considerado la comunalidad de cada una de las variables. De esta manera se ha observado que el 50% o más de cada variable es explicada por los dos factores seleccionados. La comunalidad de cada variable se presenta en la tabla 34.

TABLA 34. Comunalidad de las variables tras extracción mediante análisis de componentes principales

	Comunalidad
Claridad de la información	0,816
Información que da el médico	0,787
Trato personal médico	0,762
Intimidad de la consulta	0,682
Duración de la consulta	0,674
Trato personal enfermería	0,514
Facilidad trámites de admisión	0,636
Comodidad de la sala de espera	0,554
Tiempo de espera en consulta	0,557
Demora de la consulta	0,524
Señalización de las consultas	0,498
Facilidad trámites para recita	0,572

El primer factor que se ha denominado “*Calidad clínica*”, contiene 6 ítems y explica el 36% de la varianza. Incluye cuestiones referentes al trato, la información, la intimidad y la duración de la consulta percibida por el paciente. El segundo factor que se ha denominado “*Calidad administrativa*” contiene 6 cuestiones que hacen referencia a la facilidad de los trámites, comodidad de las instalaciones, adecuación de las señalizaciones y tiempos de espera explicando el 27% de la varianza. En la siguiente tabla se muestran los resultados del análisis factorial exploratorio con la saturación factorial de cada ítem.

TABLA 35. Resultados del análisis factorial exploratorio y saturación factorial de los ítems

Calidad clínica		Calidad administrativa	
Claridad de la información	0,882	Facilidad trámites de admisión	0,763
Información que da el médico	0,858	Comodidad de la sala de espera	0,729
Trato personal médico	0,848	Tiempo de espera en consulta	0,713
Intimidad de la consulta	0,794	Demora cita	0,680
Duración de la consulta	0,774	Señalización de las consultas	0,680
Trato personal enfermería	0,610	Facilidad trámites para recita	0,549

Validez de criterio

La validez de criterio concurrente se ha analizado considerando como criterios de referencia dos variables: el *grado de satisfacción global con la atención recibidas* y si *conoce el nombre del médico que le atiende en la consulta*.

Mediante la prueba de correlación no paramétrica de Spearman se ha relacionado la puntuación de cada individuo en el cuestionario y en cada factor con la puntuación otorgada en la pregunta *grado de satisfacción global con la atención recibidas*.

La tabla 36 muestra el valor del coeficiente de correlación de Spearman entre la puntuación obtenida en el cuestionario de satisfacción, y en cada factor, y el grado de satisfacción global con la atención recibida, y su intervalo de confianza al 95%.

TABLA 36. Coeficiente de correlación de Spearman e IC 95%

	Coeficiente de Correlación Spearman	IC (95%)
Cuestionario SUCE	0,85	(0,83;0,87)
<i>Calidad clínica</i>	0,85	(0,83;0,87)
<i>Calidad administrativa</i>	0,69	(0,64;0,72)

Mediante regresión logística se ha analizado la validez concurrente respecto al criterio *si conoce del nombre del médico que le atiende en la consulta*.

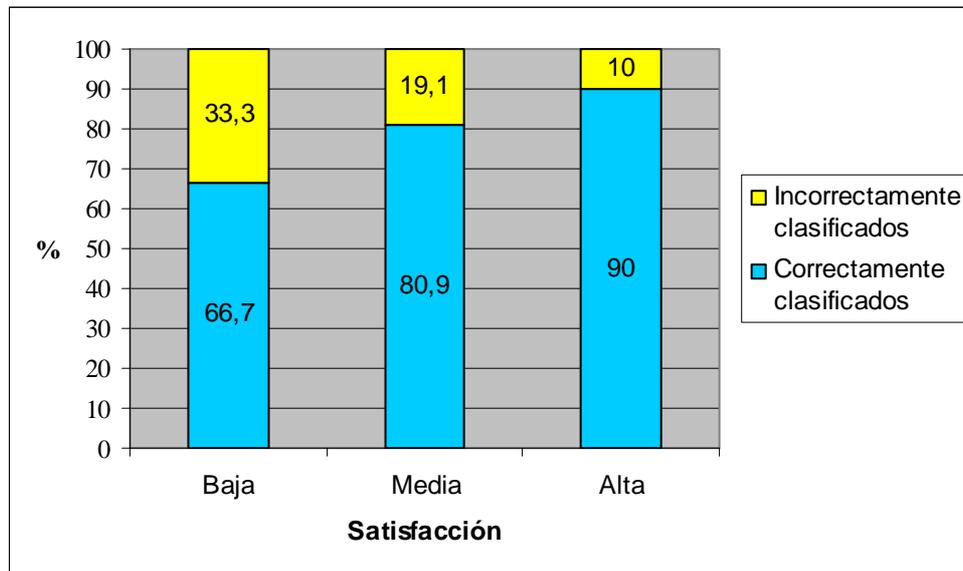
TABLA 37. Validez concurrente del cuestionario respecto al criterio *¿Conoce el nombre del médico que le atiende en la consulta?*

	Odss ratio	IC (95%)
Cuestionario SUCE	1,19	(1,07; 1,32)

Análisis discriminante

El análisis discriminante se ha realizado respecto al criterio predictivo externo “*Satisfacción del paciente con la atención recibida en las consultas externas*” obteniéndose que el **84%** de los casos ha sido correctamente clasificado. El gráfico 20 muestra el número de casos clasificados correcta e incorrectamente sobre este criterio.

GRÁFICO 20. N° de casos correcta e incorrectamente clasificados sobre el criterio “Satisfacción del paciente con la atención recibida en las consultas externas”



4.3.2.2. Análisis de la consistencia

El análisis de la consistencia interna del cuestionario se ha realizado calculando el valor Alfa de Cronbach para el cuestionario de 12 ítems y para cada uno de los factores de forma independiente.

Consistencia interna del cuestionario.

El valor **Alfa de Cronbach** para cuestionario de 12 ítems fue de **0,90**. Los valores de **correlación ítem-total** oscilaron entre **0,52** y **0,73**. Todas las preguntas fueron contestadas por más del 95% de los pacientes.

Consistencia interna del factor *Calidad clínica*

El valor **Alfa de Cronbach** para el factor *Calidad clínica* fue de **0,91** (Nº casos analizados: 644). Los valores de las correlaciones ítem-total oscilaron entre 0,61 y 0,84. La tabla 38 muestra el valor de la correlación ítem-total para cada variable y el valor Alfa de Cronbach cuando el ítem es excluido.

TABLA 38. Correlación ítem-total para cada variable del factor *Calidad clínica* y valor Alfa de Cronbach tras la exclusión de la variable

<i>Calidad clínica</i>	Correlación ítem-total	Alfa tras exclusión ítem
Claridad de la información	0,84	0,89
Información que da el médico	0,82	0,89
Trato personal médico	0,82	0,89
Intimidad de la consulta	0,75	0,90
Duración de la consulta	0,73	0,90
Trato personal enfermería	0,61	0,92

Consistencia interna del factor *Calidad administrativa*

El valor **Alfa de Cronbach** para el factor *Calidad administrativa* fue de **0,83** (Nº casos analizados: 663). Los valores de las correlaciones ítem-total oscilaron entre 0,55 y 0,66. La tabla 39 muestra el valor de la correlación ítem-total para cada variable y el valor Alfa de Cronbach cuando el ítem es excluido.

TABLA 39. Correlación ítem-total para cada variable del factor *Calidad administrativa* y valor Alfa de Cronbach tras la exclusión de la variable

<i>Calidad administrativa</i>	Correlación ítem-total	Alfa tras exclusión del ítem
Facilidad trámites de admisión	0,66	0,79
Comodidad de la sala de espera	0,57	0,80
Tiempo de espera en consulta	0,60	0,80
Demora cita	0,60	0,80
Señalización de las consultas	0,55	0,81
Facilidad trámites para recita	0,60	0,80

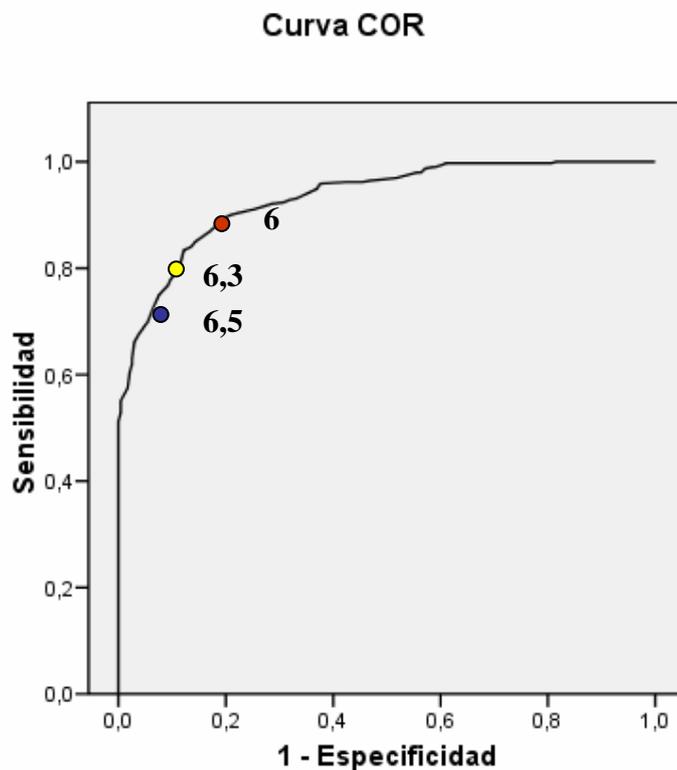
Versión final del cuestionario

Como resultado del proceso de validación se obtuvo un cuestionario final compuesto por 12 ítems que determinan dos factores. Cada uno de los ítems puntúa en una escala desde 1 hasta 10, siendo 1 la peor puntuación posible y 10 la mejor puntuación posible. La puntuación final del cuestionario se obtiene como la media de la puntuación media de las dos dimensiones.

4.3.2.3. Determinación del punto de corte para diferenciar pacientes satisfechos de pacientes insatisfechos

Una vez obtenida la puntuación final del cuestionario, procederemos a determinar un punto de corte en la escala de puntuación que nos permita diferenciar entre pacientes satisfechos e insatisfechos. Para ello se ha realizado la curva ROC, mostrada a continuación, donde la variable utilizada como criterio de referencia o “*Gold Standard*” ha sido la valoración del paciente sobre su nivel de satisfacción global en dos categorías: Satisfecho e insatisfecho. 422 pacientes se declararon “Satisfechos” según esta variable y 251 se declararon “Insatisfechos” (4 No sabe/ No contesta). El área bajo la curva es 0,93.

GRÁFICO 21. Curva ROC para determinar punto de corte en la puntuación final del cuestionario SUCE



De entre todos los posibles puntos de corte de la puntuación final del cuestionario SUCE se seleccionaron los 3 señalados en la curva ROC en función de su efecto sobre la sensibilidad y la especificidad. En la tabla 40, mostrada a continuación, se presentan la sensibilidad, especificidad, valores predictivos y razón de verosimilitud de cada uno de estos puntos de corte.

TABLA 40. Sensibilidad, especificidad, valores predictivos y razón de verosimilitud de los 3 puntos de corte seleccionados

Punto de corte	Sensibilidad	Especificidad	VPP	VPN	LR+	LR-
6	85%	86%	91%	77%	6	0,2
6,3	77%	91%	93%	70%	8,3	0,25
6,5	70%	94,5%	95%	65%	12,7	0,3

VPP: Valor predictivo positivo, VPN: Valor predictivo negativo, LR+: Razón de verosimilitud de un resultado positivo, LR-: Razón de verosimilitud de un resultado negativo

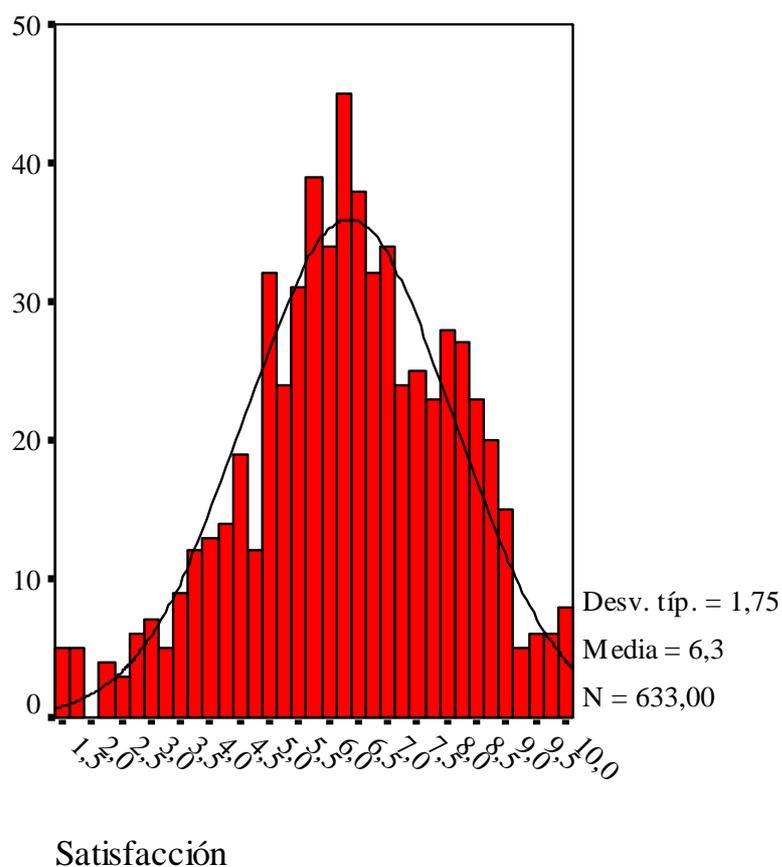
Según estos resultados y, dado que la finalidad del cuestionario es detectar a los pacientes insatisfechos, se ha seleccionado como punto de corte una puntuación final en el cuestionario igual a 6,3. De esta manera serán considerados pacientes satisfechos aquellos cuya puntuación final del cuestionario sea igual o superior a 6,3 y pacientes insatisfechos aquellos cuya puntuación final del cuestionario sea inferior a 6,3.

4.3.3. DESCRIPCIÓN Y ANÁLISIS DE LA SATISFACCIÓN

4.3.3.1.- Descripción de la satisfacción

El porcentaje de pacientes satisfechos fue del 52,3%. La **satisfacción media de los pacientes con las Consultas Externas** según las puntuaciones obtenidas en el cuestionario SUCE fue de **6,35** (DT: 1,75). El gráfico 22 muestra la distribución de las puntuaciones del cuestionario.

GRÁFICO 22. Satisfacción de los pacientes según la puntuación obtenida en el cuestionario SUCE



*Escala de puntuación de 1-10, siendo 1 la peor puntuación posible y 10 la mejor puntuación posible

La puntuación media obtenida para el factor *Calidad clínica* fue de **7,37** (DT: 1,94), mientras que la puntuación media obtenida para el factor *Calidad administrativa* fue de **5,31** (DT: 1,96). La tabla 41, presentada a continuación, muestra la puntuación media y la desviación típica obtenida en cada pregunta del cuestionario

TABLA 41. Puntuación media y desviación típica de cada pregunta del cuestionario

<i>Calidad clínica</i>	Media	Desviación típica
Claridad de la información	7,39	2,44
Información que da el médico	7,23	2,49
Trato personal médico	7,94	2,11
Intimidad de la consulta	7,76	2,14
Duración de la consulta	6,80	2,43
Trato personal enfermería	7,03	2,33
<i>Calidad administrativa</i>	Media	Desviación típica
Facilidad trámites de admisión	5,64	2,63
Comodidad de la sala de espera	4,83	2,46
Tiempo de espera en consulta	4,34	2,68
Demora cita	4,94	2,99
Señalización de las consultas	6,03	2,48
Facilidad trámites para recita	6,14	2,77

519 pacientes (76,7%) afirmaron conocer el nombre del médico que les atiende en consulta frente a 153 (22,6%) que dijeron no conocerlo (5 pacientes (0,7% No sabe/No contesta)), mientras que 132 pacientes (19,5%) conocían el nombre de la

enfermera que les atiende en consulta frente a 527 (77,8%) que afirmaron no conocerlo (18 pacientes (2,7%) No sabe/No contesta).

4.3.3.2.- Análisis de la satisfacción.

Mediante la prueba estadística t de Student se ha analizado si existen diferencias en la satisfacción en función del sexo, de la nacionalidad del paciente y de si acudía por primera vez o no a las consultas externas del hospital, no encontrándose diferencias significativas en ninguno de los casos ($p > 0,05$), tal como se muestra en la tabla 42.

TABLA 42. Satisfacción con las consultas externas según sexo, nacionalidad y si es la primera vez que el usuario acude a las consultas

		N	Satisfacción media	p (t Student)	IC 95% de la diferencia
Sexo	Varón	253	6,46	0,14	(-0,69; 0,49)
	Mujer	373	6,25		
Nacionalidad	Española	611	6,33	0,15	(-1,51; 0,24)
	Otra	16	6,96		
1º vez en Consultas Externas	Si	46	6,76	0,11	(-0,95; 0,95)
	No	556	6,33		

Se ha utilizado la prueba del Análisis de la Varianza (ANOVA) para analizar si existen diferencias en la satisfacción según el nivel de estudios de los pacientes, no encontrándose diferencias significativas ($p>0,05$). Al analizar si existen diferencias en la satisfacción según la situación laboral del paciente, se han encontrado diferencias estadísticamente significativas ($p=0,03$), como se puede observar en la tabla 43. Tras la aplicación de la prueba post hoc de Student-Newman-Keuls se observa que las mayores diferencias se encuentran entre los pacientes jubilados que son los que se muestran más satisfechos (satisfacción media: 6,75) y los pacientes en paro que son los que se muestran menos satisfechos (satisfacción media: 5,94).

TABLA 43. Satisfacción con las consultas externas según nivel de estudios y ocupación

		N	ISG(media)	P ANOVA
Nivel de estudios	Sin estudios	55	6,35	0,15
	Primarios	227	6,45	
	Secundarios	178	6,39	
	Universitarios	153	6,05	
Ocupación	En paro	49	5,93	0,03
	Estudiante	29	6,12	
	Trabajando	268	6,17	
	Ama de casa	94	6,48	
	Jubilado	173	6,75	

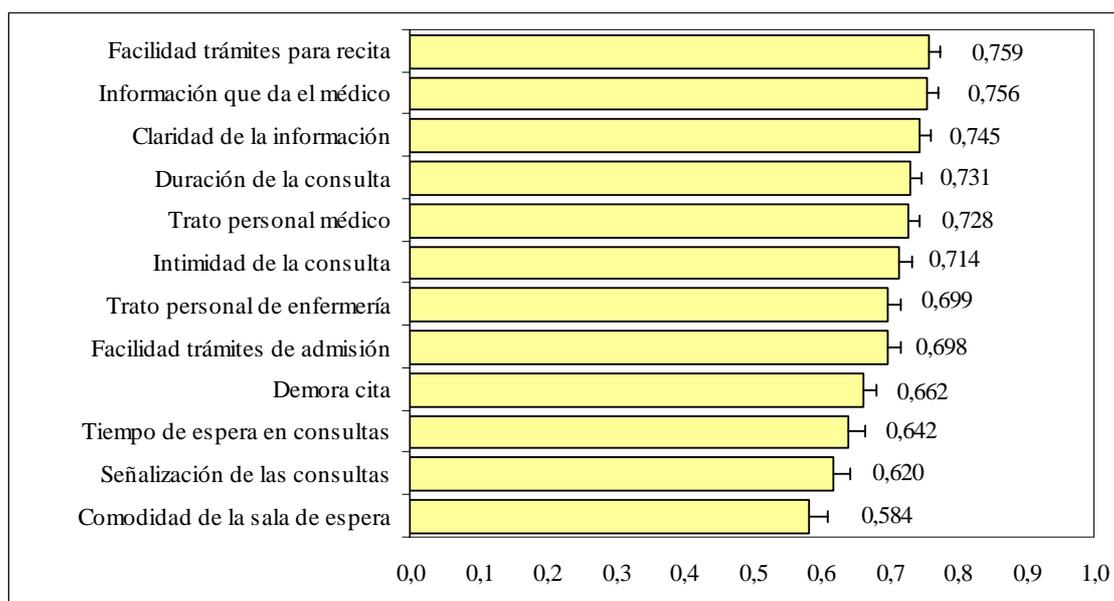
No se han encontrado diferencias significativas en la satisfacción del paciente según quien lo ha derivado a las consultas externas ($p > 0,05$). Sin embargo al analizar la satisfacción en función de como el paciente ha recibido la cita se han encontrado diferencias significativas ($p = 0,005$), como se muestra en la tabla 44. Tras la aplicación de la prueba post hoc de Student-Newman-Keuls se observa que la mayor diferencia está entre los pacientes que recibieron la cita en persona, que son los más satisfechos, y los que recibieron la cita por correo que son los menos satisfechos. que el resto.

TABLA 44. Satisfacción con las consultas externas según quien ha remitido al paciente a las mismas y según el modo en que recibió la citación

		N	ISG(media)	p ANOVA
¿Quién le envió a las consultas externas?	Desde la Urgencia	67	6,12	0,21
	Médico cabecera	168	6,16	
	Especialista ambulatorio	147	6,24	
	Otra Área o CCAA	20	6,43	
	Tras ingreso hospitalario	105	6,52	
	Otra consulta	48	6,76	
Recepción de cita	Por correo	225	6,04	0,005
	Por teléfono	61	6,40	
	En persona	307	6,54	

Con el objetivo de analizar que aspectos de la atención influyen más en la satisfacción de los pacientes, se ha realizado una prueba de correlación de Spearman. Como resultado se ha encontrado que la información que da el médico, la claridad de la información, el trato por parte del personal médico y la duración de la consulta son los aspectos que más influyen en la satisfacción del paciente, mientras que otros aspectos como la señalización de las consultas o la comodidad de la sala de espera influyen menos en la satisfacción, como se puede observar en el gráfico 23.

GRÁFICO 23 Correlación de la satisfacción global con cada pregunta del cuestionario mediante el coeficiente de correlación de Spearman



5. DISCUSIÓN

5.1. IMPORTANCIA DEL ESTUDIO

Desde que Koos⁶⁷ y Donabedian consideraran la satisfacción de los pacientes como una medida del resultado de la asistencia sanitaria, hace ahora más de 40 años, se han realizado estudios de satisfacción desde diferentes disciplinas⁶⁸⁻⁶⁹ y la percepción del paciente se ha convertido en una de las medidas principales a la hora de evaluar y mejorar la calidad de la asistencia sanitaria lo que ha dado lugar al desarrollo de numerosas herramientas para medir la satisfacción del paciente siendo, como ya se ha señalado, el cuestionario o encuesta el instrumento de medida más utilizado.

Sin embargo, la mayoría de los cuestionarios utilizados para conocer la satisfacción de los pacientes no han sido sometidos a un proceso de validación que garantice sus propiedades psicométricas en términos de validez y fiabilidad, que son igualmente exigibles que en cualquier otro instrumento de medida.

En nuestro estudio la primera pregunta que nos formulamos fue “*¿existe un cuestionario desarrollado y validado en nuestro medio para medir la satisfacción de los pacientes hospitalizados, atendidos en el Servicio de Urgencias y atendidos en las consultas externas hospitalarias que explore los aspectos de la satisfacción que consideramos de interés?*”. En el caso de los pacientes hospitalizados, la respuesta fue positiva. El cuestionario SERVQHOS que, basado en SERVQUAL⁷⁰, fue diseñado pensando en el medio hospitalario público español, y validado por J. J. Mira y sus colaboradores en 1998, valora los aspectos de la satisfacción de los pacientes que considerábamos necesario medir en nuestros pacientes y parecía, a priori, adecuado para explorar la satisfacción. Este cuestionario ha sido utilizado, en los últimos 10 años, para

realizar estudios de satisfacción en diversos hospitales públicos españoles⁷¹⁻⁷² lo que aporta el valor añadido de permitir la realización de comparaciones. Sin embargo, dado que desde el proceso de validación realizado por J. J. Mira y colaboradores han transcurrido 10 años, nos pareció pertinente realizar una revalidación del cuestionario que permitiera corroborar la validez y fiabilidad del instrumento.

En lo que respecta a la satisfacción de los pacientes atendidos en el Servicio hospitalario de Urgencias y en las consultas externas hospitalarias, no fue posible encontrar un cuestionario validado en nuestro medio que recogiera los aspectos que considerábamos necesario medir. Es probable que esto fuera debido a la mayor heterogeneidad de estos servicios y a las peculiaridades que presentan en un hospital de tercer nivel, altamente especializado y tecnificado que atiende a un elevado número de pacientes tanto de su Área Sanitaria como derivados de otros centros de la Comunidad de Madrid y de otras Comunidades Autónomas. Por este motivo, se procedió al diseño y posterior validación de un cuestionario específico para medir la satisfacción con el Área de Urgencias hospitalarias y con las Consultas externas.

El trabajo que presentamos aporta dos cuestionarios diseñados específicamente para conocer la satisfacción de los pacientes con el servicio de urgencias y con las consultas externas hospitalarias que, tras el proceso de validación han demostrado reunir las propiedades métricas necesarias para poder ser considerados instrumentos útiles y fiables, de forma que podemos recomendar su utilización. Ambos cuestionarios presentan las ventajas de un número reducido de ítems, de ser fácilmente comprensibles por los pacientes y de poder ser respondidos en un tiempo breve. Además, la revalidación del cuestionario SERVQHOS ha permitido comprobar que sus propiedades

métricas continúan vigentes por lo que al aplicarlo sabemos que estamos utilizando un instrumento válido y fiable.

Por otra parte, la administración de las encuestas de satisfacción nos debe permitir conocer el porcentaje de pacientes satisfechos y, especialmente, de pacientes insatisfechos. Para ello es necesario establecer un punto de corte en la escala de medida que diferencie los dos grupos de pacientes. En este estudio, los puntos de corte se han establecido mediante la realización de curvas ROC y la determinación de la sensibilidad, especificidad y valores predictivos, siempre teniendo en cuenta que la detección de los pacientes insatisfechos será lo que nos permita detectar aspectos sobre los que actuar para conseguir aumentar la satisfacción de nuestros pacientes.

Este trabajo ofrece, además, mediante la aplicación de los cuestionarios señalados anteriormente, una medida de la satisfacción de los pacientes hospitalizados, atendidos en el servicio de urgencias y atendidos en las consultas externas. El cuestionario fue aplicado a una muestra representativa de cada uno de estos tres grupos de pacientes utilizando una metodología diferente en cada uno de ellos (cuestionario autocumplimentado enviado por correo, entrevista telefónica y cuestionario autocumplimentado entregado en mano) lo que aporta el valor añadido de poder comparar estos métodos de aplicación de encuestas.

Las características de nuestro estudio, resumidas en la tabla 45 en cada uno de sus tres grandes apartados, junto con el hecho de aportar unos cuestionarios validados en el ámbito hospitalario y de aplicación sencilla, nos permiten atribuirle una entidad

suficiente para poder considerarlo de referencia en el ámbito de las encuestas de satisfacción en nuestro país.

TABLA 45. Características de nuestro estudio

	POSTHOSPITALIZACIÓN	URGENCIAS	CONSULTAS EXTERNAS
Cuestionario utilizado	SERVQHOS Basado en SERVQUAL	SUAUH-11 Propio, diseñado específicamente	SUCE Propio, diseñado específicamente
Administración	Por correo, autocumplimentado	Telefónico	Entregado en mano, autocumplimentado
Nº Encuestas	9.002	651	6.000
Tasa de respuesta	33,3%	45,5%	44,54%
Nº de ítems versión final cuestionario	19	11	12
Nº de categorías de respuesta	5	5	10

5.2. ASPECTOS METODOLÓGICOS

5.2.1. CARACTERÍSTICAS DE LOS MÉTODOS PARA DISEÑAR Y VALIDAR CUESTIONARIOS

5.2.1.1 Diseño del cuestionario

En nuestro estudio, partimos de la necesidad de diseñar y elaborar dos cuestionarios nuevos, uno para medir la satisfacción de los pacientes de urgencias y otro para medir la satisfacción de los pacientes atendidos en las consultas externas, debido a que no fue posible encontrar cuestionarios de satisfacción que dieran respuesta a los aspectos que se deseaban medir.

Para iniciar el proceso de construcción del cuestionario se solicitó la colaboración de expertos en el área de calidad percibida y satisfacción del paciente así como de profesionales médicos y de enfermería de las áreas implicadas en el estudio. El objetivo era crear un equipo multidisciplinar que definiera las dimensiones que a priori se necesitaban explorar y elaborara un listado de aspectos a evaluar a partir de su experiencia. El hecho de crear un equipo de trabajo en el que participaban diferentes profesionales del hospital aportó la ventaja de definir los aspectos que intervienen en la satisfacción o insatisfacción de los pacientes desde diferentes perspectivas, a la vez que se identificaban factores predictores de la satisfacción de los pacientes o generadores de satisfacción o insatisfacción en los mismos⁷³⁻⁷⁴.

Una posible limitación en el diseño del cuestionario podría ser que no se incorporó de manera formal y reglada la opinión de los pacientes sobre los aspectos que un cuestionario de satisfacción debería contemplar. Sin embargo, este aspecto queda parcialmente subsanado debido a la participación de los profesionales del Servicio de Atención al Paciente del hospital que poseen un amplio conocimiento sobre las quejas y sugerencias emitidas por los pacientes y a la realización de una revisión bibliográfica prestando especial atención a los estudios realizados con técnicas de investigación cualitativa basadas en grupos focales, grupos nominales o entrevista realizada con el objetivo de identificar los factores que influyen en la satisfacción o insatisfacción de los pacientes. Así, podemos garantizar, al menos parcialmente, la identificación de los aspectos claves de la atención desde el punto de vista del paciente.

5.2.1.2. Validación del cuestionario

Como se ha señalado previamente, validar un cuestionario supone comprobar, ratificar o verificar que cumple unos criterios de validez (de contenido, de constructo y de criterio) y fiabilidad, mediante la realización de aplicaciones repetidas y mediciones contrastadas. La validez de contenido quedará garantizada si aseguramos que el cuestionario elaborado y los ítems elegidos son indicadores de lo que se pretende medir.

La validación de contenido de los cuestionarios diseñados en nuestro estudio se realizó mediante consenso de expertos utilizando técnica Delphi⁷⁵. Esta técnica cualitativa aporta la ventaja de conseguir un consenso manteniendo la máxima autonomía de los participantes. La selección de los participantes en la técnica se realizó

incorporando expertos en calidad y profesionales del área clínica implicada con el objetivo de asegurar que todos los aspectos de la atención que influyen en la satisfacción se encuentran incluidos en el cuestionario.

Para realizar la validación de constructo de los cuestionarios e identificar su estructura factorial se utilizó la técnica de análisis factorial exploratorio de componentes principales. Autores como Batista- Foguet⁷⁶ consideran que el análisis factorial exploratorio es insuficiente para garantizar la validez de un cuestionario relacionado con la salud y proponen el análisis factorial confirmatorio como alternativa adecuada⁷⁷. Sin embargo, el análisis factorial exploratorio permite la descripción y el resumen de los datos agrupando variables que están correlacionadas, sin necesidad de conocer los factores a priori, en contraposición con el análisis factorial confirmatorio que requiere que las variables hayan sido cuidadosamente elegidas para revelar el factor subyacente. En nuestro estudio hemos preferido utilizar el análisis factorial exploratorio como herramienta para reducir el número de variables y examinar pautas de correlación entre ellas, sin un intento riguroso de elaborar teorías, y partiendo de un punto de partida puramente especulativo.

Tras el análisis en profundidad de las correlaciones obtenidas en el análisis factorial y la extracción del menor número de factores que explicaban estas correlaciones, se realizó una rotación varimax de la solución para profundizar en el conocimiento de las variables más relacionadas con cada factor. Autores como Batista- Foguet⁷⁶ consideran la rotación un método arbitrario que puede conducir a interpretaciones distintas. Sin embargo, en nuestro estudio decidimos utilizar la rotación

varimax para facilitar la comprensión de la matriz resultante e identificar claramente las variables relacionadas con cada factor. Otro aspecto a considerar es que, en nuestro estudio, en la realización del análisis factorial exploratorio de componentes principales, los valores perdidos han sido considerados como tales, no utilizándose el método de imputación de los valores perdidos a la media. Este método, que consiste en estimar los valores perdidos a partir de la media de los valores de los ítems respondidos, sólo podría aplicarse en el caso de que el paciente hubiera contestado al menos a la mitad de los ítems. A pesar de que con la utilización de este método conseguiríamos aumentar el número de casos participantes en el análisis, en nuestro estudio decidimos no utilizar este método y registrar únicamente las puntuaciones aportadas por los pacientes, con el objetivo de ser más rigurosos a expensas de excluir del análisis los valores perdidos.

Una vez analizada la validez de constructo del cuestionario se procedió al análisis de la validez de criterio para lo que es necesario establecer la correlación del cuestionario con un “*Gold Standard*” o criterio de referencia establecido y aceptado en el campo de la satisfacción. El problema al que nos enfrentamos es que, en lo que se refiere a calidad percibida por el paciente, es difícil encontrar un criterio de referencia claramente establecido y ampliamente aceptado, es decir, no existe un patrón de comparación que sirva para determinar si la medida es válida. De esta manera, en nuestro trabajo decidimos utilizar como criterio de referencia en los 3 cuestionarios validados una variable que ofrece una medida global de la satisfacción del paciente con la atención recibida: “*Satisfacción global con la atención recibida*”. En el estudio posthospitalización, junto a esta variable se añadieron dos más “*Si el paciente recomendaría el hospital a sus familiares y amigos*” y la “*Consideración del paciente sobre si la duración de su estancia había sido adecuada*”. En el estudio de urgencias se

añadió, igualmente, la variable “*Si el paciente recomendaría el hospital a sus familiares y amigos*” y en el estudio de consultas externas la variable “*¿Conoce el nombre del médico que le atiende en consultas?*”. Estos criterios externos fueron elegidos por ser los que aparecen citados con más frecuencia en la literatura. Sin embargo, se podrían haber incluido otros criterios de referencia que también aparecen citados con gran frecuencia en la literatura como la frecuencia reconocida de consentimiento informado o si conocía el nombre de la enfermera que lo atendió. No obstante, la selección de los primeros criterios se realizó al considerar que son los que mejor reflejan la satisfacción de los pacientes. Por último, es necesario señalar que la validez de criterio se realizó de forma concurrente debido a que no se disponía con antelación del valor del estándar que nos permitiera calcular la validez de criterio predictiva.

En nuestro estudio, la fiabilidad se ha medido entendiéndola en sentido estricto, es decir, en relación con la consistencia interna de la medida, para lo que se ha utilizado la determinación del coeficiente Alfa de Cronbach. La fiabilidad entendida como estabilidad temporal o fiabilidad test- retest, es decir, la concordancia obtenida entre los resultados del test al ser evaluada la misma población por el mismo evaluador en dos situaciones distinta (generalmente con un intervalo de tiempo de dos semanas) y la concordancia interobservadores o nivel de acuerdo obtenido al ser evaluada la misma muestra por dos observadores distintos, no han sido determinadas en este estudio. Esto ha sido debido a que, para realizar estas determinaciones, es preciso “medir” y “volver a medir”, para lo que el equipo investigador no disponía de los recursos necesarios. No hay que olvidar que el tamaño muestral estudiado ha sido amplio (15.653 pacientes: 9.002 pacientes hospitalizados, 651 pacientes de urgencias y 6.000 pacientes de consultas externas), lo que dificulta la realización de mediciones repetidas. La

concordancia interobservador no fue determinada debido a las características del cuestionario (autocumplimentado y anónimo en el caso de la encuesta de posthospitalización y de consultas externas) que dificultaban el análisis de esta concordancia.

La fiabilidad y la validez proporcionan el lenguaje esencial de la medición y constituyen los índices de calidad de los cuestionarios. Mientras que la fiabilidad tiene un cariz básicamente empírico y se centra en el rendimiento de las mediciones realizadas, la validez tiene una orientación teórica y responde a la pregunta *¿para qué es válido el instrumento?*. La determinación del valor Alfa de Cronbach y la realización del análisis factorial exploratorio constituyen el binomio clásico para garantizar la fiabilidad y validez de los cuestionarios, siendo necesario que el análisis de la validez preceda al de la fiabilidad, tal y como se ha realizado en nuestro estudio, debido a que de nada sirve una medida fiable de algo distinto a lo que se desea medir.

5.2.2. RECOGIDA DE LOS DATOS

En la realización de este trabajo hemos utilizado tres métodos diferentes en la recogida de datos: cuestionario autocumplimentado enviado por correo postal para los pacientes hospitalizados, cuestionario realizado mediante entrevista telefónica a los pacientes atendidos en el Servicio de Urgencias y cuestionario autocumplimentado entregado en mano a los pacientes atendidos en las consultas externas.

La encuesta de satisfacción realizada a pacientes hospitalizados se envió por correo postal al domicilio del paciente que figuraba en la base de datos de Admisión hospitalaria. Junto al cuestionario se envió un sobre con franquicia para facilitar su devolución una vez contestado. Sólo se realizó un envío postal, no realizándose ningún recordatorio ni por teléfono ni por carta. La tasa de respuesta obtenida ha sido del 33,3%, semejante a la obtenida en otros estudios realizados con la misma metodología⁷¹. Esta tasa de respuesta podría haberse incrementado realizando recordatorios a los no respondedores⁷⁸⁻⁷⁹ por teléfono o por carta. Sin embargo, una de las premisas del estudio era mantener, en todo momento, la confidencialidad de los datos lo que dificultaba la identificación de los pacientes no respondedores, motivo por el que no pudimos realizar ningún tipo de recordatorio. El hecho de que la dirección a la que se realizó el envío fuera el domicilio que figuraba en los datos de admisión del paciente ha podido, igualmente, condicionar parte de la no respuesta, debido a que en ocasiones el domicilio al que se dirige el paciente tras el alta hospitalaria no es el que figura en los datos de admisión. Este hecho es especialmente relevante en pacientes ancianos que con frecuencia se dirigen a centros sociosanitarios o al domicilio de un familiar tras recibir el alta hospitalaria.

La encuesta de satisfacción de pacientes atendidos en el Servicio de Urgencias se realizó mediante entrevista telefónica. La tasa de respuesta fue del 45,5%, algo inferior a la encontrada en otros estudios realizados con la misma metodología⁸⁰⁻⁸¹. Para minimizar el sesgo de selección, los participantes que no pudieron ser localizados o no quisieron responder a la encuesta fueron reemplazados por otro extraído de forma aleatoria perteneciente a su mismo estrato. A pesar de que se han realizado llamadas telefónicas en horario de mañana y de tarde (hasta las 18,00 horas) para tratar de

localizar al máximo número de participantes posible, el 92% de las no respuestas fue debido a la imposibilidad de localizar al participante en los cuatro intentos de llamada realizados. No obstante, y dado que la edad media de los pacientes que acuden a urgencias está en torno a los 50 años, para aumentar el porcentaje de respuesta podríamos haber ampliado el horario de realización de las llamadas hasta última hora de la tarde o incluso haberlas realizado en fin de semana fuera de la jornada laboral. Por otra parte, es preciso recordar que la entrevista telefónica no está exenta de problemas⁸²: el encuestado puede estar más inclinado a situar sus respuestas en los grados intermedios o favorables y existe la posibilidad de que se produzca el sesgo del entrevistador⁸³. Para minimizar la aparición de este sesgo, los entrevistadores fueron entrenados, tratando de estandarizar al máximo la formulación de las preguntas y de garantizar la comprensión de las mismas por parte de los encuestados.

Para realizar la encuesta de satisfacción a los pacientes atendidos en consultas externas se utilizó un cuestionario autocumplimentado que se entregó en mano a los usuarios de consultas externas al entrar en el edificio y lo depositaban a la salida en unos buzones colocados para tal efecto. La tasa de respuesta alcanzó el 44,54%, equiparable a la obtenida en otros estudios realizados con la misma metodología⁸⁴. Sin embargo el 30% de las encuestas recogidas fueron desestimadas para el análisis debido a que no estaban completados todos los ítems del cuestionario. Este hecho fue debido a la estructura intrínseca del cuestionario que estaba organizado en una primera parte para contestar antes de entrar en la consulta y una segunda para contestar a la salida de la misma. Esta estructura permite que los pacientes puedan ir leyendo el cuestionario y respondiendo mientras se encuentran en la sala de espera de la consulta, lo que aumenta la tasa de respuesta. Sin embargo, la desventaja que encontramos es, precisamente, que

hay pacientes que responden a la primera parte del cuestionario pero no a la segunda, debido al “olvido”, “prisa por abandonar las consultas”, etc.

Los tres métodos que hemos utilizado en la recogida de datos de las encuestas de satisfacción presentan ventajas e inconvenientes. A continuación, la tabla 46 resume las ventajas e inconvenientes de las encuestas mediante entrevista telefónica frente a los cuestionarios autocumplimentados³³⁻³⁵.

TABLA 46: Ventajas y desventajas de la entrevista telefónica frente a los cuestionarios autocumplimentados

	VENTAJAS	DESVENTAJAS
ENTREVISTA TELEFÓNICA	<ul style="list-style-type: none"> • Tasa de respuesta mayor • Menor porcentaje de ítems del cuestionario no contestados 	<ul style="list-style-type: none"> • Representatividad de la muestra: ciertos sectores de población difíciles de localizar por teléfono • Coste más elevado • Sesgo del entrevistador
CUESTIONARIO AUTOCUMPLIMENTADO	<ul style="list-style-type: none"> • Coste bajo • Posibilita encuestar muestras grandes de población • En general, más rápidas de realizar • Requieren menos recursos humanos y materiales • Mayor sinceridad en las respuestas a preguntas sensibles 	<ul style="list-style-type: none"> • Tasa de respuesta baja • No ofrece la oportunidad de aclarar ítems no comprendidos por el encuestado • Ausencia de control sobre quién responde al cuestionario

5.3. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS DEL PROCESO DE VALIDACIÓN

5.3.1. CUESTIONARIO SERVQHOS

La revalidación del cuestionario SERVQHOS ha demostrado una alta consistencia interna, una buena capacidad predictiva y una buena estructura factorial. La realización del análisis factorial ha permitido corroborar la estructura en dos factores propuesta por Mira y colaboradores, con un primer factor de *Calidad Subjetiva* percibida de la atención y de los cuidados recibidos que comprende ítems basados únicamente en la opinión del paciente y difíciles de medir por un evaluador externo. El segundo factor *Calidad Objetiva* está formado por cuestiones que hacen referencia a aspectos más formales de la atención y que podrían ser medidos externamente. Dos de los ítems incluidos en el cuestionario (“*Interés por cumplir promesas*” y “*Rapidez de respuesta*”) podrían haber pertenecido por sus saturaciones factoriales a cualquiera de los dos factores identificados. Sin embargo, ambos ítems fueron asignados al factor “*Calidad Subjetiva*” al considerarlos aspectos difícilmente tangibles y dependientes fundamentalmente de la percepción subjetiva del paciente.

La realización del análisis discriminante confirmó un porcentaje de casos clasificados correctamente superior al 74% sobre los dos criterios predictivos externos considerados, lo que indica que la capacidad predictiva del cuestionario es óptima. Del mismo modo, las puntuaciones obtenidas en el cuestionario SERVQHOS han demostrado suficiente interrelación con una medida global de la satisfacción del paciente obtenida a partir de los criterios de referencia establecidos.

Por último, la medición de la consistencia interna tanto de todo el cuestionario como de cada uno de los factores por separado, ha dado como resultado un valor Alfa de Cronbach superior a 0,85, no mejorado tras la exclusión de ninguno de los ítems que lo componen.

Los resultados obtenidos tras esta validación del cuestionario SERVQHOS son equiparables a los obtenidos en la validación realizada por Mira y colaboradores en el año 1998, lo que indica que se trata de un cuestionario que continúa siendo válido y fiable en el contexto hospitalario y que puede continuar utilizándose de forma periódica para monitorizar el nivel de calidad percibida por los pacientes y detectar áreas de mejora. Se trata, además, de un cuestionario con un número de preguntas reducido y con una escala de respuesta sencilla en la que una mayor puntuación corresponde a una mejor calidad percibida, lo que facilita su comprensión. No obstante es necesario considerar que la validación del cuestionario se ha realizado en el medio hospitalario general, por lo que su utilización en contextos diferentes pudiera precisar algún tipo de adaptación.

5.3.2. CUESTIONARIO SUAUH-11

Las peculiaridades que presenta la atención en los servicios hospitalarios de urgencias, junto con el constante crecimiento de la atención urgente, hacen necesario disponer de una encuesta de satisfacción específica, capaz de describir las opiniones de los pacientes y de identificar problemas susceptibles de mejora. El cuestionario SUAUH fue diseñado específicamente para conocer la satisfacción en el servicio hospitalario de urgencias. Tras el proceso de validación, la versión final del cuestionario SUAUH-11, presenta la ventaja de un número reducido de ítems, es fácilmente comprensible por los pacientes y se puede responder en un tiempo breve.

El cuestionario SUAUH-11 ha demostrado tener una buena estructura factorial, una buena capacidad predictiva y una buena consistencia interna. El análisis factorial de componentes principales identificó inicialmente una estructura en 3 factores que explicaba el 65% de la varianza, con un factor principal y dos factores de menor entidad. Uno de los factores, que explicaba el 9% de la varianza, estaba escasamente definido al mostrar gran correlación con una única variable “*facilidad de los trámites administrativos*”. Por este motivo, se decidió realizar un segundo modelo de análisis factorial en el que se eliminaron dos variables “*facilidad de los trámites administrativos*”, por estar correlacionada únicamente con el tercer factor, y “*limpieza de urgencias*” por ser una variable que se correlacionaba por igual con los 3 factores siendo difícil asignarla a uno de ellos. Desde nuestro punto de vista, la eliminación de estas dos variables del cuestionario no tiene demasiada relevancia. Los trámites administrativos habitualmente no los realiza el paciente que acude a urgencias, sino sus

familiares o acompañantes, por lo que el paciente con frecuencia desconoce la facilidad o dificultad de su realización, mientras que la limpieza de la sala de urgencias es realizada por una contrata cuya asignación se revisa periódicamente, por lo que sus resultados son evaluados de forma periódica y no suele ser motivo de queja por parte de los pacientes. Además, el periodo de tiempo que el paciente permanece en urgencias es limitado, no siendo considerada la limpieza por el paciente como un aspecto relevante de su estancia. Así, se identificó una estructura en dos factores que explicaba el 63% de la varianza. Tras analizar ambas soluciones factoriales, se decidió seleccionar la segunda al tratarse de un modelo dotado de mayor estabilidad a expensas de una mínima pérdida de porcentaje de varianza explicado. El primer factor que se ha denominado “*Servicio personalizado*” incorpora cuestiones referentes a la competencia profesional, amabilidad y trato del personal, aspectos percibidos subjetivamente por el paciente. El segundo factor denominado “*Servicio comfortable*” incluye aspectos más objetivos relacionados con la organización de la urgencia. Al analizar la validez de criterio se observó que ambos factores se correlacionaban positivamente con la valoración global de la urgencia, de forma que a mayor puntuación en el factor mejor valoración otorgaba el paciente al Servicio de Urgencias, si bien se observó que en el caso del factor “*Servicio Comfortable*” la correlación era mayor.

El cuestionario ha demostrado una buena capacidad predictiva tras la realización del análisis discriminante que confirmó que el porcentaje de pacientes clasificados correctamente respecto a los criterios predictivos externos considerados era superior al 65%, alcanzando un 92% sobre el criterio “*Consideración del paciente sobre si recomendaría la urgencia del hospital a familiares y amigos*”.

Cuando se procedió a la evaluación de la consistencia interna del cuestionario mediante el cálculo del coeficiente Alfa de Cronbach para el cuestionario de 13 ítems, sin eliminar las variables “facilidad de los trámites administrativos” y “limpieza de la sala de urgencias”, se obtuvo un valor alfa de 0,90. Al analizar la correlación ítem- total se encontró que eran precisamente estas dos variables las que mostraban una correlación más baja (0,31 y 0,37 respectivamente) manteniéndose el valor alfa en 0,90 si cada una de estas variables fuera excluida. Estos resultados apoyaron nuestra decisión sobre la eliminación de estas dos variables del cuestionario. El valor del coeficiente Alfa de Cronbach, calculado para cada uno de los dos factores de forma independiente, superó el valor 0,80 para ambos factores demostrando una buena consistencia interna.

Algunas revisiones han apuntado que los instrumentos de medición de la satisfacción construidos para un determinado estudio, suelen presentar menor validez y fiabilidad que los utilizados clásicamente⁸⁵. Sin embargo, el cuestionario SUAUH-11, gracias a un proceso riguroso de diseño y validación, ha demostrado tener una validez y fiabilidad suficiente según los estándares habituales⁸⁶.

Los resultados obtenidos en el proceso de validación nos permiten recomendar el uso de este cuestionario para evaluar de forma breve, válida y fiable la satisfacción de los pacientes en los servicios hospitalarios de urgencias. No obstante, igual que señalábamos en el cuestionario SERVQHOS, es preciso que la utilización del cuestionario se haga en condiciones semejantes a aquellas en que ha sido validado, ya que su utilización en otro contexto puede requerir su adaptación.

5.3.3 CUESTIONARIO SUCE

El cuestionario SUCE, diseñado específicamente para conocer la satisfacción de los pacientes con las consultas externas hospitalarias, tras ser sometido al proceso de validación ha demostrado tener una buena estructura factorial, una buena capacidad predictiva y una alta consistencia interna. El análisis factorial exploratorio de componentes principales identificó una estructura en dos factores que explicaba el 63% de la varianza. La denominación de los factores se realizó intentando encontrar un nexo común que englobara las distintas variables incluidas en cada uno de ellos. El primer factor, denominado “*Calidad clínica*”, incluye aspectos relacionados propiamente con la atención recibida en la consulta desde el personal sanitario, como son el trato y la información y la protección de la intimidad. Engloba, por tanto, variables más dependientes del personal sanitario y del propio acto médico. El segundo factor, denominado “*Calidad administrativa*”, incluye aspectos organizativos y estructurales como la comodidad de las instalaciones, la facilidad de los trámites o los tiempos de espera. En este factor se reúnen aspectos de tipo burocrático más relacionados con la gestión. Esta estructura en dos factores parece adecuada por representar un equilibrio entre explicar el máximo porcentaje de varianza y utilizar un modelo lo más parsimonioso posible. Las saturaciones factoriales que indican la influencia de cada variable en el factor son elevadas, de forma que cada variable explica gran parte de la información aportada por el factor.

El análisis de la validez de criterio respecto a los criterios de referencia considerados, indicó una óptima validez de criterio del cuestionario, especialmente en lo

que se refiere al factor “*Calidad Clínica*” y una suficiente interrelación con una medida global de la satisfacción del paciente.

Mediante análisis discriminante se confirmó que el porcentaje de casos clasificados correctamente en virtud de las puntuaciones del cuestionario SUCE fue del 84% sobre el criterio “*Satisfacción global con la atención recibida en consultas externas*”, lo que supone una óptima capacidad predictiva, siendo capaz de discriminar entre pacientes satisfechos e insatisfechos. La fiabilidad del cuestionario medida mediante el coeficiente Alfa de Cronbach aportó un valor superior a 0,80 en todos los casos, no mejorable tras la exclusión de ninguna de las variables, indicando que el cuestionario presenta una elevada consistencia interna.

Según estos resultados, podemos afirmar que el cuestionario SUCE es una herramienta útil y confiable por lo que podemos recomendar su aplicación. Presenta la ventaja de un número reducido de ítems, es fácilmente comprensible por los pacientes y se puede responder en un tiempo breve. La utilización de una escala de respuesta de 1 a 10 resulta sencilla e intuitiva para el paciente, si bien puede favorecer la tendencia a contestar alrededor de los valores centrales. El cuestionario permite obtener una medida de la satisfacción que engloba todo el proceso asistencial y no asistencial de las consultas, debido a que abarca todos los aspectos de la atención, desde que el paciente solicita la citación para la consulta hasta que acude y es atendido en la misma. Por último, este cuestionario aporta la ventaja de que se puede aplicar a los pacientes que acuden a cualquiera de las consultas externas hospitalarias independientemente de la especialidad.

5.4. DETERMINACIÓN DEL “PUNTO DE CORTE” PARA DISCRIMINAR PACIENTES SATISFECHOS E INSATISFECHOS

Uno de los objetivos de la administración de un cuestionario de satisfacción es discriminar entre los pacientes que están satisfechos y los que no lo están. Para ello es necesario establecer un punto de corte en la escala de puntuación del cuestionario. En función de lo restrictivo que seamos en la elección de este punto de corte clasificaremos a un mayor o menor número de pacientes como satisfechos.

En nuestro estudio, para determinar el punto de corte se realizó, inicialmente la curva ROC para cada uno de los cuestionarios, como medida de la capacidad diagnóstica global del cuestionario para cada uno de los puntos de corte. A partir de la curva se seleccionaron los tres puntos de corte que se consideraron más apropiados atendiendo a la sensibilidad y especificidad. La selección de los puntos se realizó partiendo de la premisa de detectar a los pacientes insatisfechos puesto que consideramos que son los que nos aportan mayor información sobre las áreas susceptibles de mejora para aumentar la satisfacción. Una vez seleccionados estos tres puntos, se escogió el punto de corte definitivo para cada uno de los cuestionarios, atendiendo a la sensibilidad, especificidad, valores predictivos y razones de verosimilitud.

La dificultad que nos encontramos al realizar las curvas ROC es la ausencia de una medida de referencia de la satisfacción del paciente claramente definida, que nos pudiera servir como “*patrón oro*” para clasificar a los pacientes como satisfechos o

insatisfechos antes de la realización de la curva. Para subsanar este problema optamos por utilizar como medida de referencia para cada cuestionario la valoración directa del paciente sobre su nivel de satisfacción global en dos categorías: satisfecho o insatisfecho.

De esta manera, tras la realización de la curva ROC y la determinación de la sensibilidad y especificidad para cada uno de los posibles puntos de corte, se seleccionó el punto de corte 3,4 para el cuestionario SERVQHOS. Así, los pacientes cuya puntuación final del cuestionario sea igual o superior a 3,4 serán considerados satisfechos y los que puntúen por debajo de este valor serán considerados insatisfechos. La selección de este punto se realizó atendiendo a su elevada especificidad (95,6%) manteniendo una sensibilidad aceptable (76%). Con la elección de este punto de corte hemos sido más restrictivos de lo que han sido otros investigadores en la aplicación de este cuestionario, ya que en la mayor parte de los casos el punto de corte seleccionado por los investigadores para el cuestionario SERVQHOS ha sido 3⁸⁷, incluyendo la respuesta “como lo esperaba” dentro de la categoría de insatisfechos.

Siguiendo esta misma metodología se seleccionaron los puntos de corte para los cuestionarios SUAUH-11 y SUCE. Para el primero de ellos se seleccionó la puntuación 2,3, (escala del cuestionario es 1 a 5, siendo 1 la mejor puntuación y 5 la peor), mientras que para el cuestionario SUCE se seleccionó el punto de corte 6,3 (escala de puntuación de 1 a 10, siendo 1 la peor puntuación posible y 10 la mejor).

El objetivo del análisis es disponer de puntos de corte muy específicos que nos permitan detectar a todos los pacientes insatisfechos, al tiempo que se proporciona una medida global de la exactitud de la prueba para el conjunto de todos los puntos de corte mediante la curva ROC. Por otra parte, el disponer de la curva ROC con los valores de sensibilidad y especificidad para cada punto de corte permitirá a otros investigadores seleccionar el punto de corte que consideren más conveniente.

5.5. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS DE SATISFACCIÓN

5.5.1. SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS

Los resultados obtenidos en nuestro estudio tras la aplicación del cuestionario SERVQHOS a los pacientes hospitalizados, sugieren que los pacientes tienen una opinión positiva de nuestro hospital, con un porcentaje de pacientes satisfechos del 72,4%, que si bien es inferior al encontrado en otros estudios^{71,87}, esto puede deberse al hecho de haber utilizado un criterio más exigente al establecer el punto de corte que discrimina entre pacientes satisfechos e insatisfechos. Prueba de la opinión positiva de nuestros pacientes es que, considerando que el cuestionario utilizado se basa en la diferencia que encuentra el paciente entre lo que deseaba o esperaba y lo que realmente a supuesto su ingreso hospitalario, más de la mitad de los pacientes responde a las preguntas del cuestionario como *“mejor o mucho mejor de lo esperado”*. Los aspectos peor valorados son la *“rapidez de respuesta”*, junto con la *“señalización intra y extrahospitalaria”*, la *“puntualidad de las consultas”* y los *“tiempos de espera”*, aspecto que, por otra parte, han aparecido señalados como mejorables en estudios internos, no publicados, realizados en nuestro hospital.

Nuestro estudio, debido al amplio tamaño muestral estudiado, nos ha permitido establecer comparaciones entre la satisfacción de nuestros pacientes en los diferentes departamentos hospitalarios, medida mediante la puntuación SERVQHOS. Así el departamento que ha obtenido mejores resultados ha sido Ginecología y Obstetricia, presentando las mayores diferencias con los departamentos de Medicina Interna y

Cirugía. Tras realizar un análisis sobre los aspectos que condicionan la aparición de estas diferencias, hemos encontrado que el departamento de Ginecología y Obstetricia obtiene puntuaciones medias superiores en ítems como la “*apariencia del personal*”, la “*disposición para la ayuda*” y, sobre todo la “*comodidad de las habitaciones*”. El motivo de las diferencias es que el departamento de Ginecología y Obstetricia está situado en el nuevo Hospital Materno Infantil que fue inaugurado en el año 2003 y que cuenta con las más modernas instalaciones. Los restantes ítems del cuestionario, especialmente los referentes al trato y preparación del personal y a la tecnología biomédica, han obtenido puntuaciones equiparables en todos los departamentos.

Los datos de nuestro estudio indican que los varones realizan una valoración más positiva que las mujeres, en contraposición con los resultados de otros estudios donde no han encontrado diferencias⁷¹, y los extranjeros están significativamente más satisfechos que los españoles. De igual forma, se han encontrado diferencias en función del nivel de salud percibido, de manera que a peor nivel de salud percibido menor es la satisfacción del paciente. No se han encontrado diferencias en las respuestas de los pacientes en función de su edad.

Por último, hemos analizado los aspectos que se relacionan de forma más robusta con la satisfacción de los pacientes apareciendo íntimamente relacionados los componentes del factor “*Calidad subjetiva*” especialmente la comprensión de necesidades, el trato recibido y la confianza y seguridad que trasmite el personal. Los aspectos menos correlacionados con la satisfacción son la comodidad de las habitaciones y la señalización extra e intrahospitalaria, coincidentes con los aspectos

peor valorados por los pacientes. La información al paciente y a los familiares ocupa un lugar intermedio en el análisis, lo que coincide con algunos estudios realizados con anterioridad que señalan que el hecho de recibir información sobre el proceso asistencial no aumenta el nivel de satisfacción de los pacientes. Estos resultados nos obligan a considerar porqué los esfuerzos de los profesionales por informar a los pacientes no se traducen en un aumento de la satisfacción, quizás debido a que los profesionales y los pacientes no valoran las mismas cosas.

Estos resultados ofrecen una “foto fija” de nuestro hospital y nos pueden ayudar a entender mejor la opinión de nuestros pacientes, a la vez que nos permite identificar las áreas sobre las que es aconsejable actuar. La aplicación periódica del cuestionario nos permitirá detectar cambios en la impresión de los pacientes hospitalizados y, a través de los resultados obtenidos y de la mejora de las áreas detectadas, podremos actuar para lograr que nuestros pacientes se encuentren satisfechos.

5.5.2. SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES DE URGENCIAS

La experiencia reciente de los diferentes Servicios de Salud que constituyen nuestro Sistema Nacional de Salud y la de los países de nuestro entorno muestra un crecimiento constante de la demanda de atención urgente. Por otra parte, el contacto del paciente con el Servicio de Urgencias presenta ciertas peculiaridades, de forma que se trata de un contacto, por lo general, breve, con una gran carga de ansiedad, y con dificultad para realizar un seguimiento posterior o considerar los problemas psicosociales añadidos. Todos estos factores matizarán la opinión que el paciente tenga del servicio⁸⁸. Además, a diferencias de otros servicios, los pacientes acuden a urgencias con numerosas expectativas en relación a aspectos como el tiempo que van a tener que esperar, la información que deben recibir o el trato que se les debe dar.

Todo lo anterior conlleva diferencias sensibles entre la urgencia y el resto de servicios hospitalarios lo que implica la necesidad de evaluar la satisfacción de los pacientes atendidos en urgencias de forma independiente.

La metodología utilizada para realizar la encuesta de satisfacción de urgencias nos aporta la ventaja de poder comparar, en lo que aspectos sociodemográficos se refiere, a la población que ha respondido a la encuesta con la no respondedora. Así, en nuestro estudio, no hemos encontrado diferencias entre las dos poblaciones con excepción del género, de forma que las mujeres responden más a la entrevista que los varones, lo que podría deberse a la mayor dificultad de localizar a la población masculina en su domicilio durante el horario en que se realizaron las llamadas telefónicas. Sin embargo, este hecho también se ha observado en otros estudios

realizados en nuestro entorno como en la “*Encuesta de Satisfacción de los Ciudadanos con los Servicios de Urgencias de los Hospitales de la Comunidad de Madrid*” del año 2004.

La opinión de los usuarios del Servicio de Urgencias de nuestro hospital muestra una valoración positiva, equiparable a lo encontrado en otros estudios realizados en nuestro entorno⁸⁹⁻⁹¹. Es frecuente obtener valoraciones positivas al hacer estudios de satisfacción⁹², lo que puede explicarse, además de por el hecho objetivo y real de una buena asistencia, por el nivel de resolución de problemas que presenta el S° de Urgencias, donde el diagnóstico y, con frecuencia, también el tratamiento se realizan en el acto. De esta forma, en nuestro estudio el 56,8% de los pacientes considera que su problema de salud ha mejorado bastante o totalmente tras acudir a urgencias. Sin embargo, no hay que olvidar el sesgo inevitable que conlleva toda investigación mediante entrevista ya que, el simple hecho de recibir una llamada telefónica donde se interesan por la opinión del usuario genera en el entrevistado un sentimiento de agradecimiento y puede condicionar respuestas más complacientes.

En nuestro estudio, no hemos encontrado diferencias significativas en la satisfacción de los pacientes en función de las variables sociodemográficas estudiadas, con excepción del nivel de estudios. Esto concuerda con la opinión de autores como Hall y Dornan⁹³ que hacen incapié en la relativa poca importancia de las variables sociodemográficas con respecto a la satisfacción de los pacientes. Estas variables, por otra parte, no son modificables por lo que no podemos actuar sobre ellas, no siendo ético otorgar un trato diferencial a los pacientes en función de las mismas. Sin embargo, si podemos actuar sobre el trato de los profesionales sanitarios hacia el paciente, la

tranquilidad y apoyo que transmiten, la organización y coordinación o la comodidad de la sala de urgencias, todos ellos aspectos que influyen de forma importante sobre la satisfacción del paciente. En nuestro estudio el trato y la competencia profesional del personal sanitario son los aspectos mejor valorados, siendo además la competencia profesional uno de los aspectos que más afectan a la satisfacción de los pacientes. Los aspectos peor valorados son la comodidad de la sala de urgencias y el trato por parte del personal de admisión, aspectos cuya mejora podría suponer un aumento sustancial de la satisfacción.

5.5.3. SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES DE CONSULTAS EXTERNAS

Las expectativas del paciente ambulatorio atendido en las consultas externas difieren de las del paciente hospitalizado lo que, junto con las características particulares de las consultas como el alto volumen de pacientes atendidos que deriva en masificación y largas listas de espera, hace imprescindible medir la satisfacción de los pacientes atendidos en las consultas para detectar problemas en la asistencia y establecer propuestas para mejorarla.

La valoración que realizan los pacientes sobre la atención recibida en las consultas externas de nuestro hospital es en general positiva, especialmente en lo que se refiere al trato y la información por parte del personal aspectos englobados dentro del factor “*Calidad clínica*”. Sin embargo, el porcentaje de pacientes satisfechos es menor que en el estudio de satisfacción de pacientes hospitalizados y el estudio de satisfacción de consultas externas. Los aspectos peor valorados son los referentes a la comodidad de la sala de espera y los tiempos de espera tanto para acudir a la consulta como para acceder a la misma el día de la cita. Estos resultados son equiparables a los encontrados en estudios realizados en otros centros⁹⁴. Sin embargo, es necesario considerar que, en nuestro estudio, estos aspectos que son peor valorados aparecen como los que menos influyen en la satisfacción de los pacientes, mientras que la información, el trato y la duración de la consulta, aspectos muy bien valorados, son los factores que más influyen.

No se han encontrado diferencias significativas en la satisfacción en función de las variables sociodemográficas estudiadas, con excepción de la situación laboral del paciente, lo que reitera la escasa importancia de las características sociodemográficas

sobre la satisfacción del paciente. Sin embargo, si se encontraron diferencias en la satisfacción según el modo en que el paciente recibió la cita para la consulta. Así, los pacientes que recibieron la cita en persona o telefónicamente están significativamente más satisfechos que los que la recibieron por correo. Esto puede plantear la necesidad de estudiar la causa de esta diferencia y de introducir modificaciones en el mecanismo utilizado para la citación de los pacientes.

Por último, señalar que la realización de encuestas de satisfacción de forma sistemática a los pacientes de las consultas externas nos posibilita adaptar la asistencia a sus expectativas, ya que indican de forma muy clara la vivencia directa del proceso asistencial del paciente.

6. CONCLUSIONES

- Las encuestas de satisfacción precisan unas propiedades psicométricas que garanticen su validez y fiabilidad que son exigibles al igual que en cualquier otro instrumento de medida.
- La aplicación periódica de encuestas de satisfacción validadas nos permitirá conocer la opinión de nuestros pacientes e identificar las áreas sobre las que es preciso actuar para mejorar la calidad de la asistencia.
- El cuestionario SERVQHOS continúa siendo válido y fiable para medir la satisfacción de los pacientes hospitalizados y su aplicación periódica nos permite monitorizar el nivel de calidad percibida por los pacientes y detectar áreas de mejora.
- El cuestionario SUAUH-11, tras un riguroso proceso de diseño y validación, ha demostrado tener una validez y fiabilidad suficiente que nos permiten recomendar su uso para evaluar de forma breve, válida y fiable la satisfacción de los pacientes en los servicios hospitalarios de urgencias.
- El cuestionario SUCE, tras un proceso riguroso de diseño y validación se puede considerar una herramienta útil y confiable por lo que podemos recomendar su aplicación para conocer la satisfacción de los pacientes atendidos en las consultas externas hospitalarias.
- La utilización de los cuestionarios validados en este estudio debe realizarse en condiciones semejantes a aquellas en que ha sido validado. Su utilización en otro contexto puede requerir su adaptación.
- Los resultados de este estudio muestran una valoración positiva por parte de los pacientes de nuestro hospital que, si bien puede ser debida a que el funcionamiento del servicio sea óptimo, también hay que tener en cuenta

que mediante la aplicación de cuestionarios es difícil profundizar en la opinión de los pacientes y que estos expresen los aspectos más críticos.

- Los aspectos que se asocian a una mayor satisfacción de los pacientes hospitalizados son la comprensión de sus necesidades por parte del personal, el trato, y la confianza y seguridad que transmiten los profesionales.
- Los aspectos asociados a una mayor satisfacción de los pacientes atendidos en urgencias son la organización y coordinación del equipo, la competencia profesional del personal sanitario y la comodidad de la sala de urgencias.
- Los aspectos asociados a una mayor satisfacción de los pacientes atendidos en las consultas externas están relacionados con la información que dan los profesionales, la facilidad de los trámites para volver a citarse y la duración de la consulta.
- La complejidad del estudio de la satisfacción de los pacientes requiere la incorporación, junto a los métodos de investigación tradicionales mediante cuestionarios, de técnicas cualitativas de investigación social considerando ambos métodos complementarios.

7. ANEXOS

ANEXO 1

SERVQHOS: Encuesta de satisfacción de pacientes hospitalizados

LA CALIDAD DE LA ASISTENCIA SANITARIA EN EL HOSPITAL GREGORIO MARAÑÓN HA SIDO, RESPECTO A LO QUE USTED ESPERABA:	MUCHO PEOR	PEOR	IGUAL	MEJOR	MUCHO MEJOR
La tecnología de los equipos médicos para los diagnósticos y tratamientos	1	2	3	4	5
La apariencia (limpieza y uniforme) del personal	1	2	3	4	5
Las indicaciones (señalizaciones) para orientarse y saber dónde ir en el hospital	1	2	3	4	5
Si el personal cumple lo que dice que va a hacer	1	2	3	4	5
El estado en que están las habitaciones del hospital (dan una apariencia agradable)	1	2	3	4	5
La información que los médicos proporcionan	1	2	3	4	5
El tiempo de espera para ser atendido por un médico	1	2	3	4	5
La facilidad para llegar al hospital	1	2	3	4	5
El interés del personal por solucionar problemas de los pacientes	1	2	3	4	5
La puntualidad de las consultas médicas	1	2	3	4	5
La rapidez con que consigues lo que necesitas	1	2	3	4	5
La disposición del personal para ayudarte cuando lo necesitas	1	2	3	4	5
La confianza (seguridad) que el personal trasmite a los pacientes	1	2	3	4	5
La amabilidad (cortesía) del personal en su trato con la gente	1	2	3	4	5
La preparación del personal para realizar su trabajo	1	2	3	4	5
El trato personalizado que se da a los pacientes	1	2	3	4	5
La capacidad del personal para comprender las necesidades de los pacientes	1	2	3	4	5
La información que los médicos dan a los familiares	1	2	3	4	5
El interés del personal de enfermería por los pacientes	1	2	3	4	5

ANEXO 2.

SUAUH-11. Encuesta de satisfacción con los servicios hospitalarios de urgencias

Área de acceso y admisión

1. ¿Cómo calificaría el trato del personal que le atendió durante el proceso de admisión?
Muy bueno [] Bueno [] Regular [] Malo [] Muy malo []

Área de información y trato

2. ¿Cómo valora la amabilidad y respeto con que le trataron los médicos?
Muy bueno [] Bueno [] Regular [] Malo [] Muy malo []
3. ¿Cómo valora la profesionalidad de los médicos que le atendieron?
Muy bueno [] Bueno [] Regular [] Malo [] Muy malo []
4. ¿Cómo valora, en general, la información que le dieron los médicos en la urgencia sobre su problema de salud?
Muy bueno [] Bueno [] Regular [] Malo [] Muy malo []
5. ¿Cómo valora la amabilidad y respeto con que le trató el personal de enfermería?
Muy bueno [] Bueno [] Regular [] Malo [] Muy malo []
6. ¿Cómo valora la profesionalidad del personal de enfermería que le atendió?
Muy bueno [] Bueno [] Regular [] Malo [] Muy malo []
7. ¿Cómo valora la capacidad de tranquilizarle y el apoyo ofrecido por el personal sanitario?
Muy bueno [] Bueno [] Regular [] Malo [] Muy malo []

Área de estructura física y hostelería

8. ¿Cómo valora el confort de la sala de urgencias donde le atendieron?
Muy bueno [] Bueno [] Regular [] Malo [] Muy malo []

Área de valoración global

9. ¿Cómo valora la organización y coordinación del equipo que le atendió?
Muy bueno [] Bueno [] Regular [] Malo [] Muy malo []
10. ¿Cómo valora la atención recibida por los informadores?
Muy bueno [] Bueno [] Regular [] Malo [] Muy malo []
11. En general, ¿cómo calificaría su estancia en nuestro hospital?
- | | |
|--------------------------------|-----|
| Mucho mejor de lo que esperaba | [] |
| Algo mejor de lo que esperaba | [] |
| Lo que me esperaba | [] |
| Algo peor de lo que esperaba | [] |
| Mucho peor de lo que esperaba | [] |

ANEXO 3

SUCE: Encuesta de Satisfacción del Usuario de consultas externas

Por favor puntúe de 1 a 10 las siguientes preguntas, siendo el 10 la respuesta mejor valorada y el 1 la respuesta peor valorada

1. El tiempo que pasó desde que pidió la cita hasta la fecha de consulta	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2. Las señalizaciones y carteles para orientarse en el hospital	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3. Los trámites que tuvo que hacer en Admisión	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
4. El tiempo de espera en consultas	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
5. La comodidad de la sala de espera	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
6. El trato por parte del personal de enfermería	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
7. El trato por parte del personal médico	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
8. El cuidado con su intimidad durante la consulta	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
9. La duración de la consulta	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
10. La información clínica recibida sobre su problema de salud	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
11. La claridad con que le explicaron el tratamiento y pautas	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
12. La facilidad de los trámites que ha tenido que hacer si ha necesitado volver a citarse	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

8. BIBLIOGRAFÍA

1. Diccionario de la Lengua Española. Barcelona: Grupo Editorial Océano; 1987.
2. AENOR. Guía para la implantación de sistemas de calidad ISO 9000 en la PYME de comercio y servicios. Madrid: AENOR; 2000.
3. Joint Comission. Estándares de acreditación de hospitales. Barcelona: E:FAD, 1997.
4. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. Milbank Memorial Fund Quart 1966; 44(2): 166-202.
5. ISO 9001:2000: Sistemas de Gestión de Calidad. Requisitos.
6. EFQM. Directrices para el sector público: salud. Madrid: Club Gestión de Calidad; 1996.
7. Clemente P, Fortuna B, Tort-Martorell X. Modelo de excelencia de EFQM aplicado al ámbito sanitario. Barcelona: Faura Casas Editorial; 2003.
8. European Foundation for Quality Management. European Excellence Model. Brussels, 2000. Disponible en: <http://www.efqm.org>. [fecha de consulta: 6 de mayo de 2007].
9. Joint Commision. Estándares de acreditación de hospitals. Barcelona: FAD; 1998.
10. Zastowny TR, Roghman KJ, Cafferata GL. Patient satisfaction and the use of health services. Med Care 1989; 27: 705-723.
11. Ware JE Jr, Davies-Avery A, Stewart AL. The measurement and meaning of patient satisfaction. Health Med Care Service Rev 1978; 1(1):13-15.
12. Fitzpatrick R. Surveys of patient satisfaction: I-important general considerations. BMJ 1991; 302: 887-889.
13. Hendriks AA, Vrieling MR, Smets EM, Van Es SQ, De Haes JC. Improving the assessment of (in) patients' satisfaction with hospital care. Med Care 2001; 39: 270-283.

14. Pascual L, Uris J, Alfonso MD, Sanmartín D, Sanz J, Campos C. Las reclamaciones y las hojas de sugerencias como método de incorporación de la opinión del usuario en atención primaria. Comparación con la perspectiva de los profesionales. *Aten Primaria* 1995; 15 (7): 421-425.
15. Saturno PJ. Los métodos de participación del usuario en la evaluación y mejora de la calidad de los servicios sanitarios. *Rev Española de Salud Pública* 1995; 69: 163-175.
16. Crow R, Gage H, Hampson S et al. The measurement of satisfaction with healthcare: implications for practise from a systematic review of the literature. *Health Technol Assess* 2002; 6: 1-245.
17. Martín Arribas MC. Diseño y validación de cuestionarios. *Matronas Profesión* 2004; 5 (17): 23-29.
18. Salomón L, Gasquet I, Mesbah M, Ravaud P. Construction of a scale measuring impatient's opinion on quality of care. *Int J Qual Health Care* 1999; 11: 507-516.
19. Labarete J, Francois P, Auquier P, Robert C, Fourny M. Development of a French impatient satisfaction questionnaire. *Int J Qual Health Care* 2001; 13: 99-108.
20. Hardy GE, West MA, Hill F. Components and predictors of patient satisfaction. *Br J Health Psychol* 1996; 1: 65-85.
21. BiblioPRO. Biblioteca virtual de Instrumentos de Resultados Percibidos de Red IRYSS (Investigación sobre Resultados de Salud y Servicios Sanitarios)[citado 30 jun de 2005]. Disponible en: <http://www.rediryss.net>.
22. Valderas JM, Ferrer M, Alonso J. Instrumentos de medida de calidad de vida relacionada con la salud y de otros resultados percibidos por los pacientes. *Med Clin (Barc)* 2005; 125 (Supl. 1): 56- 60.

23. Ware JE, Zinder MK, Wright WR, Davies AR. Defining and measuring patient satisfaction with medical care. *Eval Program Plann* 1983; 6: 247-263.
24. Valdecir Lopes. Obtención de la información. En: Valdecir Lopes. *Métodos y técnicas de encuestas*. Chile: CELADE, 1978. 9-19.
25. Guillermin F, Bombardier C, Beaton D. Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literatura review and proponed guidelines. *Journal Clin Epidemiology* 1993; 46: 1417-1432.
26. American Psychological Association. *Standards for Educational and Psychological Tests*. Washington 1974: American Psychological Association.
27. Streiner DL, Norman GR. *Health measurement scales: a practical guide to their development and use*. 2nd ed. New Cork: Oxford; 1995.
28. Argimón JM, Jiménez J. *Diseño de investigaciones en ciencias de la salud*. UD 4: *Diseño de estudios descriptivos (III): Estudios sobre fiabilidad de una medida. Diseño y validación de cuestionarios*. Barcelona: Signo; 1998.
29. Rossi, P.H.; Wright, J.P. y Anderson, A.B. *Handbook of survey research*. New York. Academic Press. 1983.
30. Instituto Nacional de la Salud. *Estudio sobre la satisfacción de los enfermos en los hospitales del Instituto Nacional de la Salud*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1985.
31. Casado López, H. *Presentación*. En: Martín Castilla JI.EFQM- *Administración*. En *busca de la excelencia al servicio del ciudadano de la Comunidad de Madrid*. Madrid: Dirección General de Calidad de los Servicios y Atención al Ciudadano, 2007: 11.
32. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. *Reseña histórica en www.hggm.es/hospital/historia.htm* [fecha de consulta: 14 de octubre de 2007].

33. de Vaus DA. Surveys in social research. 3rd ed. London: VCL Press; 1991.
34. Dillman DA. Mail and telephone surveys: the total design method. New York: Wiley; 1978.
35. Bosch JLC, Torrente D. Encuestas telefónicas y por correo. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas, 1993.
36. Mira JJ, Rodríguez-Marín J, Buil JA, Castell M, Vitaller J. SERVQHOS: un cuestionario para evaluar la calidad percibida de la atención hospitalaria. Medicina Preventiva 1998; 4: 12-18.
37. Parasuraman A, Zeithaml V, Berry L. SERVQUAL: A multiple-item scale for measuring consumer perceptions of Service Quality. J Retailing 1988; 64: 12-40.
38. Parasuraman A, Berry L, Zeithaml V. More on improving Service Quality measurement. J Retailing 1993; 69: 140-147.
39. Parasuraman A, Zeithaml V, Berry L. Alternative scales for measuring Service Quality: a comparative assessment based on psychometric and diagnostic criteria. J retailing 1994; 70: 201-230.
40. Parasuraman A, Zeithaml V, Berry LA. Reassessment of expectations as a comparison Standard in measuring Service Quality: implications for further research. J Marketing 1994; 58: 111-124.
41. EuroQol Group. EuroQol. A new facility for the measurement of health-related quality of life. Health Policy 1990; 16: 199- 208.
42. Badia X, Roset M, Montserrat S, Herdman M, Segura A. La versión española del EuroQol: descripción y aplicaciones. Med Clin (Barc) 1999;112 Suppl 1: 79-85.
43. Boudreaux ED, D'Autremont S, Wood K, Jones GN Predictors of emergency department patient satisfaction: stability over 17 months. Acad Emerg Med 2004; 11(1): 51-58.

44. Boudreaux ED, Ary RD, Mandry CV, McCabe B. Determinants of patient satisfaction in a large, municipal ED: the role of demographic variables, visit characteristics, and patient perceptions. *Am J Emerg Med* 2000; 18(4):394-400.
45. Sun BC, Adams J, Orav EJ, Rucker DW, Brennan TA, Burstin HR Determinants of patient satisfaction and willingness to return with emergency care. *Ann Emerg Med* 2000; 35(5):426-434.
46. Mira JJ, Rodríguez-Marín J, Carbonell MA, Pérez-Jover V, Blaya I, García A et al. Causas de satisfacción e insatisfacción en urgencias. *Rev Calidad Asistencial* 2001; 16: 390- 396.
47. Thompson DA, Yarnold PR, Williams DR, Adams S. Effects of actual waiting time, perceived waiting time, information delivery, and expressive quality on patient satisfaction in the emergency department. *Annals of emergency medicine* 1996; 28 (6): 657-665.
48. Hutchison B, Ostbye T, Barnsley, Steward M, Mathews M Campbell MK, et al. Patient satisfaction and quality of care in walk-in clinics, family practices and emergency departments: the Ontario Walk-in Clinic Study. *CMAJ* 2003; 168 (8): 977-983.
49. Bursch B, Beezy J, Shaw R. Emergency Department satisfaction: what matters most? *Ann Emerg Med* 1993; 22: 586-591.
50. Rhee K, Bird J. Perceptions and satisfaction with emergency department care. *The Journal of Emergency Medicine* 1996; 14: 679-683.
51. Rubin HR, Ware JE, Nelson EC, Meterko M. The patient judgement of hospital quality (PJHQ) questionnaire. *Med Care* 1990; 28: S17- 18.
52. Rubin H, Gandek B, Williams HR, Kosinski M, McHorney CA, Ware JE. Patients' ratings of outpatient visits in different practice settings. *JAMA* 1993; 270: 835- 840.

53. Anden A, Andersson SO, Rudebeck CE. Satisfaction is not all patients' perceptions of outcome of general practice consultations, a qualitative study. *BMC Fam Pract* 2005; 6: 43.
54. Gasquet I, Villeminot S, Estaquio C, Duriex P, Ravaud P, Falissard B. Construction of a questionnaire measuring outpatients' opinion of hospital consultation departments. *Health and quality of life outcomes* 2004; 2:43.
55. Maderuelo JA, Carriedo E, Serrano M, Almaraz A, Berjón AC. Factores de insatisfacción con la asistencia sanitaria. Un estudio Delphi. *Aten Primaria* 1996; 31: 348-352.
56. Thompson AG, Suñol R. Expectations as determinants of patient satisfaction: concepts theory and evidence. *Int J Qual Health Care* 1995; 7: 127-141.
57. Juaa CM, Kenny DA. Validity in social research. En: Juaa CM and Kenny DA. *Estimating the effects of social interventions*. Cambridge University Press, 1981. 18-44.
58. Díaz de Rada Igurquiza V. Análisis Factorial. En: Díaz de Rada Igurquiza V. *Técnicas de análisis multivariante para investigación social y comercial*. Madrid: RA-MA, 2002. 91- 156.
59. Grau G. Metodología para la validación de cuestionarios. *MEDIFAM* 1995; 5(6): 351- 359.
60. Salvador Figueras, M (2000): "Análisis Discriminante", [en línea] 5campus.com, Estadística <<http://www.5campus.com/leccion/discr>> [fecha de consulta: 14 de mayo de 2007].
61. Cronbach LJ. Coefficient alpha and the internal structure of test. *Psychometrika* 1951; 16: 297-334.
62. Domenech JM. *Fundamentos de Diseño y Estadística*. UD 3: Teoría y cálculo de probabilidades. Puebas diagnósticas. Barcelona: Signo; 2007.

63. Ley orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. BOE N° 298. 14 de diciembre de 1999.
64. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. BOE N° 274. 15 de noviembre de 2002.
65. Decreto 149/ 2004, de 21 de diciembre, por el que se establece la estructura orgánica de la Vicepresidencia Primera y Portavocía del Gobierno de la Comunidad de Madrid. BOCM de 22 de diciembre de 2004.
66. Orden de 18 de noviembre de 2004, de la Consejería de Justicia e Interior, por la que se regula la utilización de las técnicas cuantitativas y cualitativas de investigación social para la medición de la calidad de los servicios que presta la Comunidad de Madrid. BOCM de 3 de diciembre de 2004.
67. Koos E. The health of regionville. New York: Hafner, 1954.
68. Linder-Pelz SU. Toward a theory of patient satisfaction. Soc Sci Med 1982; 16(5): 577-582.
69. Linder-Pelz S. Social psychological determinants of patient satisfaction: a test of five hypothesis. Soc Sci Med 1982;16(5): 583-589.
70. Mira Solves JJ, Buil Aina JA, Rodríguez-Marín J, Aranaz Andrés J. Calidad percibida del cuidado hospitalario. Gac Sanit 1997;11(4): 176-189.
71. Mira JJ, Buil JA, Aranaz J, Vitaller J, Lorenzo S, Ignacio E, Rodríguez-Marín J, Aguado H, Giménez A. ¿Qué opinan los pacientes de los hospitales públicos? Análisis de los niveles de calidad percibida en cinco hospitales. Gac Sanit 2000; 14(4): 291-293.
72. Lorenzo S, Mira J, Olarte M, Guerrero J, Moyano S. Análisis matricial de la voz del cliente: QFD aplicado a la gestión sanitaria. Gac Sanit 2004;18(6): 464-471.

73. Quintana JM, Aróstegui I, Arcelay A, García M, Ortega M, Candelas S. Encuesta de satisfacción a pacientes de servicios de urgencias de hospitales de agudos. *Gac Sanit* 1999; 13(1): 38-45.
74. McKinley RK, Manku-Scott T, Hastings AM, French DP, Baker R. Reliability and validity of a new measure of patient satisfaction with out of hours primary medical care in the United Kingdom: development of a patient questionnaire. *BMJ* 1997; 314(7075):193-198.
75. Landeta J. El método Delphi: una técnica de previsión para la incertidumbre. Barcelona: Ariel, 1999.
76. Batista-Foguet JM, Coenders G, Alonso J. Análisis factorial confirmatorio. Su utilidad en la validación de cuestionarios relacionados con la salud. *Med Clin (Barc)* 2004; 122: 21-27.
77. Batista-Foguet JM, Coenders G. Introducción a los modelos estructurales. Utilización del análisis factorial confirmatorio para la depuración de un cuestionario. En: Renom J, editor. Tratamiento informatizado de datos. Barcelona: Masson, 1998; p. 229 -86.
78. Tai SS, Nazareth I, Haines A, Jowett C. A randomized trial of the impact of telephone and recorded delivery reminders on the response rate to research questionnaires. *J Public Health Med* 1997; 19: 219- 221.
79. Asch DA, Jedrzewski MK, Christakis NA. Response rates to mail surveys Publisher in medical journals. *J Clin Epidemiol* 1997; 50: 1129-1136.
80. Gea MT, Hernán-García M, Jiménez Martín JM, Cabrera A. Opinión de los usuarios sobre la calidad del Servicio de Urgencias del Centro Médico-Quirúrgico del Hospital Virgen de las Nieves. *Rev Calidad Asistencial* 2001; 16: 37-44.

81. Quintana JM, Aróstegui I, García M, Arcelay A, Ortega M, Candelas S. Encuesta de satisfacción a pacientes de servicios de urgencias de hospitales de agudos. *Rev Calidad Asistencial* 1998; 13 : 220-227.
82. Fowler FJ. Methods of data collection. En: Fowler FJ. *Survey research methods*. Newbury. Park: Sage Publications, 1993.
83. Fowler FJ, Mangione TW. Interviewer selection and interviewer- related error. En: Fowler FJ, Mangione TW. *Standardized Survey Interviewing* . Newbury Park: Sage Publications, 1990.
84. Conesa A, Bayas JM, Asenjo MA, Baré ML, Manasanch P, Lledó R et al. Calidad percibida por los usuarios de consultas externas de un hospital universitario. *Rev Clin Esp* 1993; 192: 346- 351.
85. Sitzia J. How valid and reliable are patient satisfaction data? An analysis of 195 studies. *Int J Qual Health Care* 1999; 11: 319-328.
86. Streiner DL, Norman GR. *Health measurement scales*. New York: Oxford University Press; 2003: 149-151.
87. Monteagudo O, Navarro C, Alonso P, Casas R, Rodríguez L, Gracia J et al. Aplicación hospitalaria del SERVQHOS: factores asociados a la satisfacción e insatisfacción. *Rev Calidad Asistencial* 2003; 18(5): 263-271.
88. Mowen JC, Licata JV, McPhail J. Waiting in the emergency room: how to improve patient satisfaction. *J Health Care Marketing* 1990; 10: 6-15.
89. Retamal A, Monge V. Valoración de la calidad percibida de los usuarios de zonas básicas de salud de Cuenca. *Atención Primaria* 1999;24(9): 507-513.
90. Prieto MA, March JC, López LA. Calidad percibida por usuarios de centros de salud y de aseguradoras privadas. *Atención Primaria* 1999; 24(5): 259-66.

91. López Madurga ET, Mozota Duarte J, González Salvatierra I, Sánchez Torres Y, Enríquez Martín N, Moliner Lahoz J. Satisfacción de pacientes atendidos en el servicio de urgencias de un hospital de agudos. *Emergencias* 1999;11: 184-190.
92. Ibáñez R. Estudio de satisfacción de los pacientes atendidos en un Servicio de Urgencias. *Rev Calidad Asistencial* 1995;2: 60-63.
93. Hall JA, Dornan MC. Patient sociodemographic characteristics as predictors of satisfaction with medical care: a meta-analysis. *Soc Sci Med* 1990; 30: 811-818.
94. Ramírez M, Mérida C, Negro JM, Félix R, Martínez RM. Satisfacción de los pacientes asistidos en una consulta externa de alergología. *Alergol Inmunol Clin* 2004; 19: 145- 152 .
95. Revert RM, Fuster RM, Varo J. Calidad y costes. El coste de la mala calidad. *Todo hospital* 1996; 129: 59-64.
96. Iraola Ferrer MD, Fernández Jorge D, Liriano Ricabal JC, Rodríguez Toledo G, Rodríguez Carvajal A, Rodríguez Suárez G. Satisfacción en urgencias de un hospital universitario cubano. *Rev Calidad Asistencial* 2003;18(7):603-608.
97. Iraola Ferrer MD, Fernández Jorge D, Liriano Ricabal JC, Rodríguez Toledo G, Rodríguez Carvajal A, Rojas Santana O. Satisfacción de los pacientes atendidos en urgencias y posteriormente hospitalizados en un hospital universitario cubano. *Emergencias* 2004;16:252-257.
98. Pérez-Blanco V, García-Caballero J, Cisneros J, Tarbenero A. Satisfacción del paciente urológico en consultas externas. *Rev Calidad Asistencial* 2003; 18(8):628-635.
99. McKinlay JB. The promotion of health through planned socio-political change: challenges for research and policy. *Soc Sci Med* 1993;36:109.
100. Mira JJ, Rodríguez-Marín RP, Ybarra J, Pérez-Jover V, Palazón I, Llorca E. Causas de satisfacción y de insatisfacción de los pacientes en hospitales y atención

primaria. Rev Calidad Asistencial 2002;17:273-283.

101. Carminal J. La medida de la satisfacción: un instrumento de participación de la población en la mejora de la calidad de los servicios sanitarios. Rev Calidad Asistencial 2001; 16: 276-279.

102. Mira JJ, Aranz J. La satisfacción del paciente como una medida del resultado de la atención sanitaria. Med Clin (Barc) 2000;114 Supl 3: 26-33.

103. Mira J, Rodríguez Marín J, Tirado S, Sitges E. Semejanzas y diferencias entre satisfacción y calidad percibida. Rev Calidad Asistencial 2000; 15:36-42.

104. Donabedian A. Los siete pilares de la calidad. Rev Calidad Asistencial 2001; 16: S96-100.

105. Moliner- Tena, MA, Moliner-Tena, J. La calidad percibida de un servicio de un centro de planificación familiar: un enfoque de marketing. Aten Primaria 1996; 17(6): 400- 406.

106. Estany A. Utilización de las urgencias hospitalarias en Andalucía (1987). Gaceta Sanitaria 1989; 10(3): 313-319.

107. Hail, JA, Dorman MC. A meta-analysis of satisfaction with medical care: Description of research domain and analysis of overall satisfaction levels. Soc Sci Med 1998; 27: 637-644.

108. Hall J, Dornan M. What patients like about their medical care and how often they are asked: a meta-analysis of the satisfaction literature. Soc Sci Med 1988; 27: 935-939.

109. Aguirre, H. Evaluación de la calidad de la atención médica. Expectativas de los pacientes y de los trabajadores de las unidades médicas. Salud Pública de México 1990; 32:170-180.

110. Martínez Ramírez A, Van-Dick Puga MA, Nápoles Rodríguez F, Robles Uribe J, Ramos Ramos A, Villasenor Urrea I. Towards a strategy for quality assurance: satisfaction in the utilization of medical care. *Cad Saude Publica* 1996; 12: 399-403.
111. Lewis JR. Patient views on quality care in general practice: literature review. *Soc Sci Med* 1994; 39:655-670.
112. Bretones C, Sánchez JE. Construcción y validación de una encuesta de satisfacción de usuarios de atención primaria. *Aten Primaria* 1989; 6: 312-316.
113. Labarere J, Francois P, Auquier P, Robert C, Fourny M. Development of a French impatient satisfaction questionnaire. *Int J Qual Health Care* 2001; 13:99-108.
114. Barrasa JI, Aibar C. Revisión sistemática de los estudios de satisfacción realizados en España en el periodo 1986-2001. *Rev Calidad Asistencial* 2003; 18: 580-590.
115. González L, Costa A, Timoneda C, Alfonso JL y Cortina P. Encuesta de satisfacción a los usuarios de un centro de salud. *Gaceta Sanitaria* 1993; 7: 86-94.
116. Zineldin M. The quality of health care and patient satisfaction: an exploratory investigation of the 5Qs model at some Egyptian and Jordanian medical clinics. *Int J Health Care Qual Assur Inc Leadersh Health Serv* 2006;19(1): 60-92.
117. Aletras VH, Papadopoulos EA, Niakas DA. Development and preliminary validation of a Greek-language outpatient satisfaction questionnaire with principal components and multi-trait analyses. *BMC Health Serv Res.* 2006; 6: 66.
118. Ajayi IO, Olumide EA, Oyediran O. Patient satisfaction with the services provided at a general outpatients' clinic, Ibadan, Oyo State, Nigeria. *Afr J Med Med Sci* 2005; 34(2):133-140.
119. Pettersen KI, Veenstra M, Guldvog B, Kolstad A. The Patient Experiences Questionnaire: development, validity and reliability. *Int J Qual Health Care* 2004;16(6): 453-63.

120. Hudak PL, McKeever P, Wright JG. The metaphor of patients as customers: implications for measuring satisfaction. *J Clin Epidemiol* 2003;56(2): 103-108.
121. Jackson JL, Chamberlin J, Kroenke K. Predictors of patient satisfaction. *Soc Sci Med* 2001; 52: 609-620.
122. Morales J, Bonill C, Celdrán M, Morilla JC, Martín FJ, Contreras E et al. Diseño y validación de instrumento de evaluación de la satisfacción con los servicios de atención domiciliaria: SATISFAD. *Gac Sanit* 2007; 21(2): 106-113.
123. Carr-Hill RA. The measurement of patient satisfaction. *J Public Health Med.* 1992; 14: 236-249.
124. Ross CK, Steward CA, Sinacore JM. A comparative study of seven measures of patient satisfaction. *Med Care* 1995; 33: 392-406.
125. Boix JH, Álvarez F, Tejeda M, Saiz E. Análisis de la opinión de los usuarios sobre la asistencia prestada en las consultas externas de un hospital y su centro de especialidades: componentes y diferencias. *Gestión Hospitalaria* 1995; 4: 32-38.
126. Blue AV, Chessman AW, Gilbert GE; Mainous AG. Responding to patients' emotion: important for standardized patient satisfaction. *Family Medicine* 2000; 32(5): 326-360.
127. Ibern P. La medida de la satisfacción con los servicios sanitarios. *Gac Sanit* 1992; 6: 176-185.
128. Ware J, Snyder M. Dimensions of patient attitudes regarding doctors and medical care services. *Med Care* 1975; 13: 669-682.
129. Nelson EC, Hoys RD, Larson C, Batalden PB. The patient judgements system: reliability and validity. *QRB* 1989; 15: 185-191.

130. Jun M, Peterson RT, Zsidisin GA. The identification and measurement of quality dimensions in health care: focus group interview results. *Health Care Manage Rev* 1998; 23: 81-96.
131. Mira JJ, Galdón M, Ignacio García E, Velasco MV, García S, Vitaller J, et al. ¿Qué hace que los pacientes estén satisfechos? Análisis de la opinión de pacientes y profesionales mediante la técnica Delphi. *Rev Calidad Asistencial* 1999; 14: 165-178.
132. Caminal J. La medida de la satisfacción: un instrumento de participación de la población en la mejora de la calidad de los servicios sanitarios. *Rev Calidad Asistencial* 2001; 16: 276-279.
133. Mira JJ, Vitaller J, Aranaz J, Herrero JF, Buil JA. La satisfacción del paciente. Aspectos teóricos y metodológicos. *Revista de Psicología de la Salud* 1992; 4: 89-116.
134. Avis M, Bond M, Arthur A. Questioning patient satisfaction: an empirical investigation in two outpatient clinics. *Soc Scie Med* 1998; 44: 85-92.
135. Ford RC, Bach SA, Fottler MD: Methods of measuring patient satisfaction in health care organizations. *Health care Management Rev* 197; 22: 74-89.
136. Hall JA, Dornan MC. Meta-analysis of satisfaction with medical care: description of research domain and analysis of overall satisfaction levels. *Soc Sci Med* 1988; 27: 637-644.
137. Thi PL, Briancon S, Empereur F, Guillemin F. Factors determining inpatient satisfaction with care. *Soc Sci Med* 2002; 54: 493-504.
138. Grogan S, Conner M, Norman P, Willits D, Porter I. Validation of a questionnaire measuring patients satisfaction with general practitioner services. *Qual Health Care* 2000; 9: 210-215.
139. Rodríguez C. La medida de la satisfacción con la atención en salud: Andalucía 1984- 1992. *Gac Sanit* 1995; 9: 311-315.

140. Mira JJ, Aranaz J, Lorenzo S, Rodríguez-Marín J, Moyano S. Evolución de la calidad percibida por los pacientes en dos hospitales públicos. *Psicothema* 2001; 4: 581-585.