



Encuesta de satisfacción a pacientes de servicios de urgencias de hospitales agudos

J. M.^a Quintana¹ / I. Aróstegui¹ / A. Arcelay² / M. García¹ / M. Ortega³ / S. Candelas²

¹Servicio de Epidemiología Clínica y Evaluación de Calidad. Unidades de Investigación y Calidad. Hospital de Galdakao

²Subdirección de Evaluación y Asistencia Sanitaria. Osakidetza. Vitoria.

³Servicio de Urgencias. Hospital de Galdakao.

Correspondencia: J. M.^a Quintana López. Unidad de Investigación. Hospital de Galdakao. Barrio Labeaga, s/n. 48960 Galdakao. Bizkaia.

Recibido: 15 de mayo de 1997
Aceptado: 23 de diciembre de 1997

(Patient satisfaction survey on emergency departments in acute care hospitals)

Resumen

Objetivo: Describir el nivel de satisfacción de pacientes que acuden a servicios de urgencias de diferentes hospitales.

Métodos: Pacientes atendidos en los servicios de urgencias de nueve hospitales de agudos. Se utiliza una encuesta de satisfacción que contempla las áreas de interés para los pacientes y trabajadores de los servicios de urgencias. Se seleccionaron 1.940 pacientes para realizar una encuesta telefónica por personal entrenado.

Resultados: Se entrevistaron a 1.423 pacientes. Refirieron que el tiempo medio de espera hasta que fueron recibidos por el médico osciló entre los 20 a 60 minutos y el tiempo total en urgencias fue de 60 a 170 minutos. Hubo valoraciones negativas de ambos tiempos de hasta el 38% y 36% de los entrevistados respectivamente. La información recibida sobre lo que el problema de salud fue calificada negativamente por un 6 a 17% según centro y la recibida sobre el tratamiento a seguir de un 8 a 6%, refiriendo un 5% que no fueron informados de este aspecto. Hasta en un 30% refirieron que no fueron informados claramente de los resultados de los test efectuados. El trato humano fue calificado positivamente en un 55% en algunos centros. En la valoración global se obtuvieron valoraciones positivas de hasta un 58% y negativas de un 14%.

Conclusiones: Se encuentran diferencias significativas entre los distintos centros estudiados. Es el área de tiempo de espera la que presenta las mayores diferencias entre los hospitales, y peores valoraciones, seguida de la de información. Las encuestas de satisfacción pueden resultar un instrumento complementario de ayuda en la detección de problemas susceptibles de mejora.

Palabras clave: Satisfacción del Paciente. Investigación de Servicios Sanitarios. Encuestas. Calidad de cuidados.

Summary

Objective: To describe patient satisfaction with emergency care of different hospitals.

Methods: patients attended in emergency departments of nine acute hospitals. A patient satisfaction questionnaire was used which includes relevant areas for patients and emergency departments workers. 1,940 patients were selected to be surveyed by phone, by previously trained interviewers.

Results: 1,423 patients were interviewed. They reported that mean waiting time until were seeing by the physician ranged from 20 to 60 minutes and total time at the emergency room from 60 to 170 minutes. Interviewees negative ratings for both were of 38% and 36% respectively. Information given about the problem of the patient was negatively rated by 6 to 17%, and about the treatment to follow by 8 to 16% of them. 5% referred not getting information on the latest. Up to 30% of patients said not were clearly informed of the results of the test performed. Interpersonal care was positively rated in 55% of cases in some hospitals. Global evaluation gave positive ratings of 58% and negatives of 14%.

Conclusions: This survey detect significant differences among all the centers in the study. Waiting time area showed the greater differences among them. Also the worst qualifications, followed by information to patient. Patient satisfaction questionnaires may work as aid in detecting health care problems.

Introducción

Históricamente, la forma fundamental de medir la repercusión de una actividad o intervención sanitaria sobre los pacientes se había circunscrito a medidas llamadas «duras» como la mortalidad y la morbilidad. Este tipo de parámetros no resultan suficientes para describir y saber como influyen diferentes acciones sobre la población, o pacientes, ni que grado de efectividad conseguimos. Por ello, se ha expandido enormemente en los últimos años el campo de la medición de resultados¹, distintos de los exclusivamente clínicos. Entre los diferentes componentes de la medición de resultados las encuestas de satisfacción son una de las formas de recoger información sobre el efecto de una intervención sanitaria, teniendo como sujeto principal activo, o fuente de información, al paciente^{2,3}. Además, dentro de los programas de evaluación y mejora continua de calidad asistencial las encuestas a los pacientes permiten obtener información valiosa sobre que aspectos precisan de mejora⁴⁻⁶.

En los 70 años comenzaron a aparecer publicaciones sobre mediciones de satisfacción en pacientes. Pero es a partir de los 80 cuando se inicia una mayor discusión conceptual sobre que se entiende, o entienden los pacientes, por satisfacción y que abarca dicho término; al tiempo que se va abriendo un mayor campo a estos instrumentos⁷⁻¹⁵. También se desarrolla la metodología a emplear para crear este tipo de instrumentos, tomada de otros disciplinas no médicas como la psicología y la sociología. Ya en los 90, y especialmente en el mundo anglosajón, aparecen un importante número de publicaciones sobre este área¹⁶⁻²⁰ y, en menor escala, también en nuestro país^{21,22}.

En nuestras instituciones, tanto para las Unidades de Calidad y de Atención al Paciente, como para los servicios clínicos implicados en planes de mejora de calidad, y los gestores de los centros, existe un creciente interés por disponer de cuestionarios bien elaborados que sirvan de estándares para efectuar mediciones que den una información válida.

El propósito de nuestro trabajo fue describir las opiniones de los pacientes que acudían a los servicios de urgencias de diferentes hospitales utilizando una encuesta de satisfacción creada para ese fin.

Sujetos y métodos

Se seleccionaron en cada centro, por muestreo sistemático simple, personas que acudieron a lo largo de la segunda quincena de mayo de 1996 a los servicios de urgencias de adultos de los ocho hospitales de agudos de la red del Servicio Vasco de Salud-Osakidetza (Álava:

Hospitales de Santiago y Txagorritxu. Guipúzcoa: Hospitales de Aránzazu, Guipúzcoa y Mendaro. Vizcaya: Hospitales de Basurto, Cruces —subdividido en área traumatológica, y médica—, y Galdakao). Se seleccionó esta época por no estar sometida a demandas extremas y mantener un perfil de paciente similar al resto del año.

Fueron criterios de inclusión, el que el paciente hubiera completado la visita a urgencias, y que constara el teléfono en el servicio informático del hospital respectivo. Actualmente, el número de pacientes de los que no figura un teléfono de contacto oscila entre el 2-4%, según centros. Se excluyó a los fallecidos, diagnósticos psiquiátricos graves, patologías terminales estancia en urgencias en situación de coma o pérdida de conciencia, o pacientes trasladados a otro centro en los primeros momentos o aquellos que no pudieran comunicarse en castellano o en euskera. Si la persona había efectuado más de una visita al servicio de urgencias, durante el tiempo de estudio, se le solicitó que se refiriera a la primera de ellas. Efectuando un sobremuestreo, se seleccionaron 1.940 sujetos susceptibles de ser llamados. De estos, se descartaron a aquellos que no respondieron tras diez llamadas, que no aceptaron colaborar, personas con déficits importantes del lenguaje o sordera, pacientes terminales o graves o cualquier otra situación que imposibilitara al sujeto participar activamente en la encuesta. También se eliminaron del estudio las encuestas incompletas en más de un 30%²³. Dado el intervalo existente entre el período en el que los pacientes acudieron a urgencias y la fecha en la que se efectuó la encuesta, no se excluyó ningún paciente que pudiera haber quedado ingresado. Adicionalmente, en este trabajo se excluyeron a 239 (12%) pacientes de menos de 18 años, o más de 85.

La encuesta de satisfacción la creó el propio equipo investigador. En primer lugar, se efectuó una extensa búsqueda bibliográfica. Se consultó con expertos en este campo solicitando encuestas de satisfacción ya validadas a algunos de ellos. Se mantuvieron reuniones con personal médico, de enfermería, de dirección y pacientes para conocer y priorizar temas de interés para los mismos. Con todo ese material se identificaron las áreas más relevantes y se desarrollaron las preguntas y respuestas de cada área^{24,25}. Para construir la encuesta se utilizaron tanto preguntas de valoración¹⁵ como de informe del paciente^{26,27}. Para la preguntas de valoración se escogió como escala de respuesta la utilizada por Ware y cols.¹³ de excelente a malo. De esta forma se elaboró una primera versión, en formato de encuesta telefónica, con la que se hizo un estudio piloto. La versión final (Urgensa 1.2[®]) tenía 13 variables de identificación, proporcionadas por los servicios de informática de los hospitales respectivos, y otras nueve cumplimentadas por la empresa que efectuaba la encuesta. De la encuesta propiamente dicha, 17 preguntas eran de valoración y 14 de informe. Incluía las siguientes áreas: admisión, tiempos de espera, información, trato

humano, habilidades técnicas, coordinación, aspecto físico de la urgencia, resultado final y valoración global (Apéndice). Se incluyeron dos preguntas abiertas sobre los problemas que identificaron como más relevantes en su visita a urgencias.

De la encuesta se efectuó una traducción al euskera por dos traductores anónimos. Estas primeras versiones se contrastaron para llegar a una versión unificada. De esta se efectuó una retro-traducción al castellano por un tercer traductor que se comparó con la original en castellano hasta llegar a la última versión al euskera. A todos los encuestados, se les ofertaba la posibilidad de realizar la encuesta en euskera o castellano.

A las personas seleccionadas se les envió una carta personalizada explicándoles los motivos del estudio y solicitando su colaboración. La encuesta la efectuó por teléfono una empresa independiente a finales de junio, completándose, en diez días, la recogida de datos hasta contar con un número muestral representativo de cada centro. Basado en los resultados del estudio piloto, se tomó como valor esperado una proporción de satisfechos (bien a excelente), en la pregunta de satisfacción global, del 85% con un nivel de precisión del ± 7 ($\alpha = 0,05$). Por término medio, la encuesta se completaba adecuadamente en unos 12 minutos. Las encuestadoras fueron entrenadas para efectuarla en no menos de diez minutos. Se establecieron controles de calidad internos. Para ello, 65 personas conocidas fueron introducidas entre los encuestados para evaluar el grado de calidad de la entrevista, adecuación al cuestionario original y duración de la misma.

De uno de los hospitales se incluye dos servicios de urgencias. Se presentan datos descriptivos, medias, desviaciones estándar y porcentajes, de las variables más relevantes. Para el análisis univariante se utilizó ANOVA para estudiar si la media de edad era diferen-

te entre hospitales. Para las variables categóricas con categóricas se empleó el test de la Ji cuadrado.

Las preguntas de valoración que tenían un grado de respuestas de excelente, muy bien, bien, regular y mal, se agruparon en dos categorías: de valoración positiva incluyendo las respuestas de excelente y muy bien, y de valoración negativa las de regular y mal. Las respuestas a la categoría «bien» se consideraron como un nivel intermedio de no pronunciamiento claro.

Con las diez preguntas de valoración más relevantes se creó una puntuación global del grado de satisfacción. Se dio el valor de cinco a la calificación de excelente, bajando un punto por categoría y dando uno a la de mal. Se sumaron todas las puntuaciones y se estandarizó de 0 a 100. A aquellas personas que no respondieron a dos preguntas o menos se asignó el valor de la calificación de bien, de tres puntos, en cada una de ellas. Sí había tres o más no se incluyeron en la creación de la puntuación global. Se estudió la relación de la edad, sexo y nivel de estudios con la puntuación global. Se incluyeron términos de interacción de la edad y sexo y edad y nivel de estudios. En el último modelo, las medias de puntuación global para cada hospital se ajustaron a la edad, sexo, gravedad percibida por el paciente, dicotomizada en leve-moderado versus grave muy grave, si fueron enviados por su médico o no y si fueron destinados a una cama o sala a su llegada a urgencias. Estas dos últimas fueron consideradas como variables indirectas de la gravedad del paciente junto con la de su propia percepción. Para su análisis se utilizó ANCOVA con el procedimiento GLM de SAS[®].

Los datos se introdujeron en una base de datos y el análisis se efectuó en el paquete estadístico SAS[®] para Windows versión 6.11²⁸. Todos los resultados han sido considerados significativos estadísticamente a $p < 0,05$.

Apéndice 1. Encuesta de satisfacción de urgencias

1. ¿Cuánto tiempo pasó desde que llegó a urgencias hasta que le vio por primera vez el/la médico/a?
2. En relación a lo que tuvo que esperar hasta que le vio el médico. ¿Cómo valora ese tiempo?
3. Aproximadamente, ¿cuánto tiempo pasó desde que llegó hasta su salida de urgencias?
4. ¿Cómo valora este tiempo?
5. Si vino acompañado, ¿tuvieron la oportunidad de estar con usted dentro de la urgencia algún familiar o acompañante?
6. ¿Le dijo su nombre el médico que le atendió para que le conociese?
7. ¿Cómo de claras y completas fueron las explicaciones que le dio el médico sobre lo que le pasaba?
8. ¿Le explicó alguien los resultados de esas pruebas de una manera que pudo comprender claramente?
9. ¿Cómo de clara y completa fue la información que le dio de forma verbal el médico sobre el tratamiento que debía seguir al irse a casa?
10. ¿Le informaron si debía seguir control por su médico habitual, otro médico o en alguna consulta externa?
11. El interés del personal médico y de enfermería de la urgencia para escuchar y comprender su preocupación ante su problema fue.
12. El comportamiento y las formas de este personal fue.
13. Valore el confort de las instalaciones del servicio de urgencias.
14. ¿Cómo valoraría la ayuda que le ha prestado su visita a urgencias en la mejoría, alivio o resolución del problema por el que acudió?
15. En conjunto, ¿cómo valoraría usted la asistencia que recibió en el Servicio de Urgencias?
16. En general, ¿cómo calificaría su estancia en el Servicio de Urgencias del Hospital?

*Las preguntas figuran conservando su orden original, aunque ligeramente abreviadas. Versión reducida del cuestionario Urgensa 1.2[®].

Resultados

El número de personas que finalmente incluidas en el análisis fue de 1.423 (entre 152 a 194 por centro), excepto en los centros 8 y 9. El número de personas con las que fue imposible contactar, después de hasta diez llamadas telefónicas, fue de 109 (5,6%). Rechazaron ser entrevistadas 25 personas (1,3%) menos de un 2% por centro (0,4 a 2%). Las encuestadoras eliminaron 116 (5,9%) casos por razones de enfermedad. Se desecharon 28 encuestas (1,5%) por incompletas.

La distribución por edades era similar entre los dis-

tintos hospitales (tabla 1). El uso del euskera osciló entre el 0 al 74,5% según centro. El nivel de estudios igualmente varió en la categoría de primarios de un 36 a un 54%. El porcentaje de pacientes enviados por su médico, con volante o que se lo indicó verbalmente, fue de un 10 a un 51%. De un 50% a 75% calificaron su situación al acudir a urgencias de leve a moderada.

El hospital 6 es el que presentaba, en general, más valoraciones negativas en las distintas áreas (tabla 2 a 5). Aunque no de manera sistemática, los hospitales que más destacaban con valoraciones positivas eran el 2 y 8.

Para ver el efecto de algunas variables sobre el nivel de satisfacción se tomó la puntuación global como va-

Tabla 1. Características sociodemográficas y asistenciales de los pacientes estudiados según centro

Hospital	1	2	3	4	5	6	7	8	9	p*
n	167	179	194	174	173	191	152	117	76	
Edad (media)	43,5	46,1	46	46,1	42,4	45,2	45,3	47,4	41,6	n.s
Sexo (% mujer)	56,3	49,7	50,5	53,4	56,1	51,8	42,1	42,7	52,6	< 0,05
Estudios (%):										< 0,01
Primarios	46,4	50,6	44,3	40,2	36,3	46,3	38,2	46,5	37,3	
EGB	22,3	12,9	17,2	22,4	18,1	23,4	21	15,5	20	
BUP, FP.	18,1	24,7	23,4	21,8	26,9	20,3	30,9	21,5	22,7	
Universitarios	13,2	11,8	15,1	15,5	18,7	10,1	9,9	16,4	20	
Enviado por un médico: (% Si)	15	39,1	10,3	28,7	11,1	42,6	45,4	29,9	17,1	< 0,01
Percepción de gravedad (%):										< 0,01
Leve	34,5	17,3	30,6	18,8	27,1	22,6	27,8	24,30	28	
Moderado	39,4	38,6	37,8	28,8	49,4	40,5	47,7	31,3	45,3	
Grave	21,2	35,8	30	34,1	20,6	30,5	21,8	40	22,7	
Muy grave	4,8	8,3	1,6	18,3	2,9	6,3	2,7	4,4	4	

*Test de la Ji Cuadrado y ANOVA (edad).

Tabla 2. Características del tipo de asistencia recibida (preguntas de informe del paciente)

Hospital	1	2	3	4	5	6	7	8	9	p*
¿Pudo estar acompañado en urgencias? (1) (No pudieron estar acompañados %)	63,4	9,2	73,8	5,3	51,2	73,9	16,5	43,6	37,7	< 0,001
¿Se identificó el médico? (% no se identificó)	72,9	61,9	76,7	44,3	67,1	82,7	68,7	69	73,4	< 0,001
¿Le explicaron los resultados de los tests? (2) Resultado/s no claramente explicado/s (%)	8,5	13,8	16,4	8,2	14,4	23,5	6,1	13	30,2	< 0,001
¿Le informaron de los controles que debía llevar? No informados del control posterior (%)	10,7	20,6	28,8	10,5	16,2	14,2	25	28,8	13,9	< 0,001

*Test de la Ji Cuadrado.

(1) % sobre los que vinieron acompañados.

(2) % sobre los que se les realizaron pruebas.

(3) % sobre los que recibieron el alta.

riable síntesis de las diez preguntas de valoración más relevantes. Con ella se compararon las variables socio-demográficas más relevantes. No se encontraron diferencias entre ambos sexos. Tampoco para las interacciones estudiadas. Si existían entre los grupos de edad y nivel de estudios. Así, había un aumento en la puntuación según se avanzaba en el grupo de edad. De 54 en los menores de 30 años, pasaba a 57,4 en el grupo de 30 a 40, a 59,2 en los de 41 a 60 y a 62,7 en los mayores de 60 años. También se encontró que aquellos con un nivel de estudios básicos puntuaban más alto (60) que aquellos con estudios primarios (56), secundarios (56,8) o técnicos superiores o universitarios (57,6), aunque esta significación desaparecería al ajustar por la edad. Finalmente, se obtuvo la puntuación global media ajustada por la edad, sexo, gravedad percibida, estancia en cama o sala o ser enviado por su médico. Se obtuvieron valores medios mínimos ajustados de 53 (hospitales 5 y 6) a máximos de 63 (hospital 8), habiendo diferencias estadísticamente significativas entre los mismos.

A las preguntas abiertas respondieron 781 pacientes (55%). En ellas, refirieron como problemas más sobresalientes el tiempo de espera (42,6%) y, a mayor distancia, el trato incorrecto (10%).

Discusión

En este estudio los resultados obtenidos muestran claramente diferencias entre hospitales e identifican a algunos de ellos como más deficientes, sistemáticamente, en ciertas áreas. Y dentro de cada hospital los hay que reciben buenas calificaciones en unas áreas mientras que muestran deficiencias en otras. Esto apoya la pertinencia de utilizar este tipo de herramientas como un sistema de ayuda en los planes de mejora. No hemos encontrado referencias a nivel nacional sobre estudios similares en servicios de urgencias, siendo escasas las existencias en el extranjero²⁹ y poco comparables con nuestro trabajo.

Estos instrumentos tienen una serie de problemas metodológicos y logísticos. Por un lado, existe un importante debate sobre si se deben de utilizar preguntas de informe del paciente^{26,27} o de valoración¹⁰, o inclusive si se deben de incluir las de expectativas³⁰. En nuestro trabajo hemos optado por una forma mixta en la que aunque predominaban las preguntas de valoración hemos incluido una serie de preguntas de informe. En ellas hemos intentado reflejar lo que más importa a los pacientes y a los sanitarios implicados en su cuidado. Las expectativas del paciente aún teniendo relación con la satisfacción no son, habitualmente, incluidas en este tipo de estudio. Para realizarlo adecuadamente sería necesario conocer las expectativas del paciente antes de su visita a urgencias para luego estudiar como influyen

en su satisfacción. A pesar de ello, sería conveniente conocer el efecto que producen sobre la satisfacción.

Otro de los posibles sesgos es el debido al encuestador³¹. Para asegurar la calidad global de la encuesta se mantuvieron reuniones previas con los responsables del trabajo de campo y las encuestadoras, para estandarizar al máximo la forma de realizar las preguntas y asegurar la comprensión por parte del encuestador. Aún así, no se puede obviar la existencia de sesgo al haber varios encuestadores.

Una de las razones que no movieron a efectuar la recogida de datos por teléfono fue la escasa colaboración que se había logrado en encuestas previas por correo. Aún así, las encuestas por teléfono no dejan de tener también una serie de problemas³². El encuestado puede estar más inclinado a situar sus respuestas en grados intermedios o favorables, el nivel de comprensión de las preguntas puede ser más bajo y existe la posibilidad de sesgos del entrevistador. Por contra, se consiguen unos altos niveles de participación a un, relativo, bajo coste, conservando una buena calidad metodológica.

El número de pacientes que no tienen registrado un número de teléfono en las bases de datos de nuestros centros es menor de un 3%. Los que rechazaron participar están por debajo del 1% excepto en un centro (3%). Y los que fueron eliminados por encuestas incompletas son, en general, una tasa muy baja. Pensamos que los posibles sesgos de selección se ven minimizados ante estos datos.

El grado de respuesta, de excelente a malo, de las preguntas de valoración se ha tomado siguiendo las pautas de la bibliografía^{10,17}. Así como nuestra experiencia previa en la gama de respuestas que daban los pacientes. Para nuestra interpretación de los datos, hemos considerado tres categorías. Los que proporcionaban una información relevante a la hora de destacar áreas de excelencia, las de mejora^{17,32} y los que quedaban en un nivel intermedio. Hemos tomado este criterio para hacer nuestros datos más interpretables.

Las preguntas de informe del paciente de la **tabla 2** ofrecen una visión variada de cómo se efectúan ciertas tareas de acceso e información. Hay que reseñar que en algún centro hasta un 30% de los pacientes refieren no haber sido informados claramente de los resultados de las pruebas efectuadas o si debían seguir controles posteriores. Aunque los resultados para el resto de los centros no alcanza el 10% cabría, razonablemente, esperar un menor porcentaje de desinformación en estos temas. Otros apartados como el poder estar con los familiares o la identificación del médico, dependen de la organización y la estructura física de cada centro, lo cual se refleja en la variabilidad de los resultados obtenidos y aunque deberían tender a mejorar es de esperar un cambio más lento.

Los tiempos de espera han sido identificados como uno de los problemas más importantes, tanto en las preguntas abiertas que se les efectuaron como en las de información y valoración de la **tabla 3**. Aunque la mayoría de los pacientes que acuden a un servicio de urgencias tienen un problema calificado, por ellos mismos, de leve o moderado, los tiempos medios de espera de 30 a 60 minutos hasta que son vistos por el médico parecen elevados, no estando relacionados con la gravedad. Los tiempos totales de estancia se elevan hasta más de dos horas y media en varios centros. No hay que olvidar que todos estos tiempos son los que recuerda el paciente y que esto puede suponer un sesgo de memoria. En el hospital 6 se realizó una evaluación, en fechas distintas a las de este estudio, en el que se recogieron durante cuatro días, directamente, los tiempos de espera y totales. Los resultados, en ese centro fueron, similares a los obtenidos por esta encuesta.

En cuanto al resto de las áreas es, en general, en la de trato humano en la que se obtienen mejores evaluaciones y en la de información en la que se consiguen las más pobres.

Es la comparación entre los centros la que nos proporciona una visión más clara de donde pueden estar las áreas de mejora. En este sentido, existen centros (5 y 6) que obtienen peores valoraciones en comparación con los otros hospitales. La ausencia de estándares unificados sobre qué debe exigirse en una urgencia en cuanto a tiempo de espera, calidad de la información, organización y estructura de la misma, o que porcentajes serían considerados adecuados, desde el punto de vista de la calidad asistencial, hace que la interpretación tenga

que basarse más en la comparación que en parámetros considerados óptimos. Aún así, no sabemos si aquellos que obtienen porcentajes positivos más altos son realmente buenos o lo que tienen los más negativos ofrecen una peor calidad. Así, uno de los centros con más baja puntuación (6) tiene una de las mejores valoraciones cuando se pregunta a sus pacientes sobre si su problema mejoró o fue aliviado. Esto puede estar en relación con un adecuado cuidado técnico pero no humano.

Tanto las características organizativas de cada uno de los centros (tamaño, número de urgencias que atienden, personal), como las de los pacientes que reciben (edad, sexo, gravedad) pueden estar influyendo en estos resultados. En este estudio se están incluyendo grandes hospitales de referencia con pequeños comarcales. La puntuación global creada pretende dar una idea de la valoración que han hecho los pacientes de cada centro ajustándola a ciertas variables disponibles. Para el ajuste de la gravedad lo único que hemos podido utilizar son variables indirectas de la misma. Aún Así, se siguen observando diferencias relevantes, aunque el ajuste que hemos efectuado sea insuficiente. Por otro lado, y como diversos estudios^{10,17} ya han encontrado, hemos hallado diferencias en la valoración que hacen las personas mayores, con mayor grado de satisfacción que las jóvenes, y aquellos con menor nivel de estudios. En cambio, no hemos encontrado diferencias entre sexos, ni por sexos dentro de los diferentes grupos de edades.

El propósito de esta encuesta de describir las opiniones de los pacientes y servir a la identificación de problemas susceptibles de mejora parecen estar cumplidos. Únicamente el uso seriado a lo largo de los próximos años del cuestionario puede darnos una idea de

Tabla 3. Valoración de los tiempos de espera asistenciales, según centro

Hospital	1	2	3	4	5	6	7	8	9	p*
Tiempo hasta que le vio el médico**:										
Tiempo en ser atendido	38,3 (23,8-51,8)	26,8 (12,8-40,8)	21 (6,5-35,5)	24,4 (10,3-38,6)	32,8 (18,3-47,2)	61,2 (47,2-75,1)	30,5 (15,0-45,9)	40,2 (22,8-57,6)	40,6 (18,8-62,5)	< 0,001
¿Cómo valora ese tiempo?										
% val. positiva	21,2	37,1	28,3	18,6	13	11,1	31,3	30,2	18,7	< 0,001
% val. negativa	29,4	16,8	19,4	17,4	30,2	37,8	21,8	37,1	30,7	< 0,001
Tiempo total en urgencias**:										
Tiempo total de permanencia	142,7 (107,3-178,2)	98,3 (59,8-136,7)	61,5 (29,0-93,9)	86,3 (50,6-122)	97,7 (63,5-132)	170,1 (135,5-204,7)	106,3 (66,5-146,1)	163,3 (121,7-205,0)	115 (61,6-168,4)	< 0,001
¿Cómo valora ese tiempo?										
% val. positiva	25,3	28,9	22	18,5	9,8	8,8	32,3	32,5	12,2	< 0,001
% val. negativa	33,5	20	16,2	17,2	19,1	36,5	10,2	31,6	31,1	< 0,001

* Test de la Ji Cuadrado.

** Medias e Intervalos de Confianza al 95% entre paréntesis.

Valoración positiva: excelente o muy bueno.

Valoración negativa: malp o regular.

Tabla 4. Valoración de la información recibida, trato humano y estructura física

Hospital	1	2	3	4	5	6	7	8	9	p*
La información que le dio el médico sobre lo que le pasaba										
% val. positiva	50	42,4	28,3	27,7	31,9	40,7	52,6	67,5	35,1	< 0,001
% val. negativa	13,4	6,8	15,2	11	11,2	17,5	7,2	6	17,6	< 0,01
La que le dio sobre el tratamiento a seguir										
% no informado	2	0	3,7	0	1,8	4	3,2	4,7	5,6	< 0,05
% val. positiva	36	38,3	18,4	16,5	24,7	37,3	39	64,1	30,6	< 0,001
% val. negativa	16	5,7	17,2	9,3	10,5	14	10,6	7,5	16,7	< 0,05
El interés del personal por escuchar su problema										
% val. positiva	41,2	56,2	31,4	31	31,2	33,3	59,2	63,2	40,8	< 0,001
% val. negativa	14,5	3,9	12,6	6,3	7,5	16,4	4,6	7,7	10,5	< 0,001
El comportamiento y las formas										
% val. positiva	44,6	56,2	32,1	31,6	30,1	37,9	57,2	67,5	38,2	< 0,001
% val. negativa	7,2	2,8	10,5	4,6	6,4	10	4,6	6,8	9,2	< 0,01
El confort de las instalaciones										
% val. positiva	29,9	33,9	27,7	13,2	14,6	22,1	37,1	54,8	28,9	< 0,001
% val. negativa	11,6	11,9	12	4,6	9,9	18,8	9,3	10,4	18,4	< 0,001

*Test de la Ji Cuadrado.

Valoración positiva: excelente o muy bueno.

Valoración negativa: malo o regular.

(1) % sobre los que recibieron el alta. La valoración negativa incluye los no informados.

Tabla 5. Resultado final y valoración global

Hospital	1	2	3	4	5	6	7	8	9	p*
Valore la ayuda de su visita a urgencias en la mejoría de su problema										
% val. positiva	22,7	46	30,4	30,6	28,6	54,8	45	53,3	17,1	< 0,001
% val. negativa	16,7	10,8	18	9,2	8,1	15,9	10,8	20	8,6	< 0,001
Valoración global de la asistencia a urgencias										
% val. positiva	49,7	61,4	43	31,8	33,5	39,1	54,4	58,1	36,8	< 0,01
% val. negativa	6,6	2,2	9,3	7,5	7,5	13,8	4,8	11,1	7,9	< 0,01
¿Cómo calificaría su estancia?										
% exp. cumplidas	36,8	39,3	30	57,8	25,6	32,1	37,5	47,9	34,7	< 0,01
% exp. fallidas	6,7	3,4	6,2	6,9	7,6	9,5	3,9	8,5	5,3	< 0,01
Puntuación global ajustada	56,2	61,7	55,6	55,9	53,2	53,1	61,2	62,8	55,5	< 0,01

*Test de la Ji Cuadrado y de ANCOVA (puntuación global ajustada a edad, sexo, gravedad percibida, ser enviado por su médico y destino en cama o sala).

Valoración positiva: excelente o muy bueno.

Valoración negativa: malo o regular.

Expectativas cumplidas: mejor o algo mejor de lo que esperaba.

Expectativas fallidas: peor o algo peor de la que esperaba.

su eficacia real en identificar cambios a lo largo del tiempo y ver si la información generada por ellas induce mejoras en el funcionamiento de nuestros servicios de urgencias. En cualquier caso, no puede dejarse aparte el problema³³ de la interpretación de estas encuestas.

La influencia de las expectativas y características de los pacientes, y de aspectos culturales y específicos de cada zona puede ser muy importante a la hora de explicar las diferencias observadas. Por lo tanto, creemos que los datos deben de ser tomados con la cautela ne-

cesaria y ser vistos como un instrumento más de ayuda para cada hospital y no como punitivos o identificadores de malos servicios. Los porcentajes de aquellos que califican negativamente a nuestros servicios de urgencias parecen, en ausencia de otros estándares, bajos, generalmente menores del 20%, excepto para los tiempos de espera.

Por ello, pensamos que la utilización de estas encuestas puede ser un instrumento valioso, para los servicios clínicos y para los que tienen labores de gestión en la sanidad, a la hora de identificar de manera rápida problemas necesarios de mejora utilizando la opinión de sus propios usuarios.

Bibliografía

1. Tarlov AR. The intersection of patient, doctor, society and technology. *Monitor* 1996;1:2-4.
2. Bohigas LL. La satisfacción del paciente (ed) *Gac Sanit* 1995;9:283-6.
3. Ware JE. What information do consumers want and how will they use it? *Med Care* 1995;33:S25-JS30.
4. Zastowny TR y cols. Patient satisfaction and the use of health services. *Med Care* 1989;27:705-23.
5. Cleary PD, McNeil BJ. Patient satisfaction as an indicator of quality of care. *Inquiry* 1988;25:25-36.
6. Hornberger JC, Habraken H, Bloch DA. Minimum data needed on patient preferences for accurate, efficient medical decision making. *Med Care* 1995;33:297-310.
7. Rubin HR. Patient evaluations of hospital care: A review of the literature. *Med Care* 1990;28:S3-9.
8. Meterko M, Rubin HR. Patient judgments of hospital quality: A Taxonomy. *Med Care* 1990;28:S10-4.
9. Nelson EC, Ware JE, Batalden P. Pilot study methods: design of study. *Med Care* 1990;28:S15-6.
10. Rubin HR, Ware JE, Nelson EC, Meterko M. The patient judgments of hospital quality (PJHQ) questionnaire. *Med Care* 1990;28:S17-8.
11. Nelson EC, Rubin HR, Hays RD, Meterko M. Response to questionnaire. *Med Care* 1990;28:S18-21.
12. Rubin HR, Ware JE, Hays RD. The PJHQ questionnaire: exploratory factor analysis and empirical scale construction. *Med Care* 1990;28:S22-8.
13. Hays RD, Nelson EC, Rubin HR, Ware JE, Meterko M. Further evaluations of the PJHQ scales. *Med Care* 1990;28:S29-38.
14. Ware JE, Berwick DM. Conclusions and recommendations. *Med Care* 1990;28:S39-43.
15. Ware JE y cols. Methods for measuring patient satisfaction with specific medical encounters. *Med Care* 1988;26:393-402.
16. Ross CK, Steward CA, Sinacore JM. A comparative study of seven measures of patient satisfaction. *Med Care* 1995;33:392-406.
17. Rubin H, Gandek B, William HR, Kosinski M, McHorney CA, Ware JE. Patients' ratings of outpatient visits in different settings. *JAMA* 1993;270:835-40.
18. Cleary PD, Keroy L, Karapanos G, McMullen W. Patient assessments of hospital care. *QRB* 1989;152:172-9.
19. Hays RD, Larson C, Nelson EC, Batalden PB. Hospital quality trends: a short-form patient based measure. *Med Care* 1991;29:661-68.
20. Wensing M, Richard G, Smits A. Quality judgements by patients on general practice care: a literature analysis. *Soc Sci Med* 1994;38:45-53.
21. Conesa A, Bayas JM, Asenjo MA, Baré ML, Manasanch P, Lledó R, Prat A, Salleras LI. Calidad percibida por los usuarios de consultas externas de un hospital universitario. *Rev Clin Esp* 1993;192:346-51.
22. Pere Ibern Regás. La medida de la satisfacción en els serveis sanitàries. *Gac Sanit* 1992;6:176-85.
23. Ehnfors M, Smedby B. Patient satisfaction surveys subsequent to hospital care: problems of sampling, non-responses and other losses. *Qual Assur Health Care* 1993;5:19-32.
24. Converse JM, Presser S. The tools at hand. En: Converse JM, Presser S. *Handcrafting the standardized questionnaire*. Newbury Park: Sage Publications; 1986.
25. Abramowitz S, Coté AA, Berry E. Analyzing patient satisfaction: a multinanalytic approach *QRB* 1987;13:122-30.
26. Delbanco TL. Enriching the doctor-patient relationship by inviting the patient's perspective *Ann Intern Med* 1992;116:414-8.
27. Cleary PD, Edgman-Levitan S, McMullen W, Delbanco TL. The relation between reported problems and patient summary evaluations of Hospital Care. *QRB* 1992;18:52-9.
28. SAS Institute Inc. *SAS Procedures Guide, Versión 6*. Cary, NC: SAS Institute; 1994.
29. Krishel S, Baraff LJ. Effect of emergency department information on patient satisfaction. *Ann Emerg Med* 1993;22:568-72.
30. Thompson AGH, Suñol R. Expectations as determinants of patient satisfaction: concepts, theory and evidence. *Int J Qual Health Care* 1995;7:127-41.
31. Fowler FJ, Mangione TW. Interviewer selection and interviewer-related error. En: Fowler FJ, Mangione TW. *Standardized Survey Interviewing*. Newbury Park: Sage Publications; 1990.
32. Fowler FJ. Methods of data collection. En: Fowler FJ. *Survey Research Methods*. Newbury Park: Sage Publications; 1993.
33. Williams B. Patient satisfaction: A valid Concept? *Soc Sci Med* 1994;38:509-16.