

## Opinión de los usuarios sobre la calidad del Servicio de Urgencias del Centro Médico-Quirúrgico del Hospital Virgen de las Nieves\*

M<sup>a</sup> Teresa Gea\*, Mariano Hernán-García\*\*, J. Manuel Jiménez-Martín\*\*, Alberto Cabrera\*\*\*

\*Servicio de Medicina Preventiva Hospital Virgen de las Nieves (Granada), \*\*Escuela Andaluza de Salud Pública (Granada), \*\*\* Servicio de Medicina Preventiva Hospital Virgen del Rocío (Sevilla)

### Correspondencia

María Teresa Gea Velázquez de Castro

C/ Manuel de Falla, 3, 5º D

18005 Granada

Tel.: 958 264 790

E-mail: teregea@arrakis.es, mariano@easp.es

### Resumen

**Fundamento:** La calidad se consigue evaluando el proceso tecnológico y también modificando la impresión que los usuarios tienen sobre la idoneidad del producto. En el servicio de urgencias es necesario conocer qué opinan los clientes, e incorporar esta visión a la evaluación de las tareas. El propósito de este estudio es conocer qué opinan los usuarios sobre la calidad del servicio de urgencias y qué elementos influyen en la misma.

**Métodos:** Estudio descriptivo. Período estudio: Abril y Mayo de 1998. La opinión sobre el nivel de calidad se obtuvo mediante entrevista telefónica. Las variables de opinión analizadas fueron las definidas por el modelo SERCAL adaptación de SERVQUAL (Servicio accesible, servicio confortable, servicio personalizado, servicio de garantía). La opinión sobre los elementos que influyen en la calidad se obtuvo mediante entrevista semiestructurada personal a informantes clave.

**Resultados:** La puntuación media de satisfacción fue 7,78 (escala 0-10). La accesibilidad del servicio fue el factor peor valorado y, el mejor el servicio personalizado. Con relación a la accesibilidad, los elementos que influyen negativamente fueron: desorganización y descoordinación del personal y mal funcionamiento del sistema de priorización de enfermos. La garantía y el trato personalizado que ofrece el personal sanitario fueron valorados positivamente; y negativamente el que ofrece el personal no sanitario.

**Conclusiones:** La opinión de los usuarios sobre la calidad es aceptable pero mejoraría con el entrenamiento adecuado del personal no sanitario en habilidades de relación interpersonal, una reorganización del sistema de priorización y una revisión de la organización de los servicios, para reducir el tiempo de espera.

**Palabras clave:** Calidad asistencial. Satisfacción del usuario. Hospital. Servicio de urgencia.

### Introducción

Actualmente los sistemas de salud se enfrentan a problemas como la complejidad de sus servicios, la limitación de los recursos, la rápida innovación y difusión de la tecnología y el aumento de las expectativas de los usuarios. Para la resolución de los mismos se hace necesaria la incorporación de sistemas de gestión de calidad.

### Summary

**Background:** Quality is achieved by evaluating the technical process and also modifying the user's opinion about the suitability of the product. The Emergency Department needs to know the client's opinion and to incorporate it to the tasks' assessment.

The aim of this study is to know the users' opinion about the emergency service's quality and to identify which elements have an influence on that opinion.

**Methods:** Descriptive study. Period of the study: May-June 1998. The opinion about the quality's level was obtained through semi-structured telephonic interviews. SERCAL-SERVQUAL adapted model was used to define the analysed variables about opinion (service's accessibility, service's comfortability, personalised service and guaranteed service). Opinion about the elements having influence on the quality perception was obtained by personal semi-structured interview to "key informants".

**Results:** The score on satisfaction had a mean of 7,8 (0-10 scale). The worst evaluated factor was the service's accessibility and the best one was the level of personalisation in the service.

Relating to service's accessibility, the negative elements found having influence on it were staff disorganisation and discoordination and the bad functioning of the patients' prioritisation system.

The guaranteed and personalised care offered by health professionals were positively evaluated; and it was negatively viewed the care offered by non-health staff.

**Conclusion:** The users' opinion about quality is acceptable but this opinion could be improved by providing with training for interpersonal skills to non-health professionals, and reviewing the organisation's service to reduce the waiting list.

**Key words:** Quality assurance. Patient satisfaction. Hospital. Emergency service.

La calidad se consigue no sólo diseñando, ejecutando y evaluando el proceso tecnológico (calidad intrínseca), sino también modificando la impresión que los usuarios tienen sobre la idoneidad de un producto para satisfacer sus expectativas, es decir, la calidad percibida<sup>1</sup>.

Existen diversos modelos de valoración de calidad. Donabedian<sup>2</sup> considera cuatro elementos que integran la calidad de la atención: la *accesibilidad*, el *componente técnico*

científico, la relación interpersonal médico-paciente y las comodidades del entorno. Otros autores<sup>3-5</sup> plantean constructos sobre la calidad que, junto a las anteriores, contemplan otras variables como: *condiciones personales y coste/comodidad; financiamiento, eficacia/resultados, continuidad y disponibilidad*. Hall y Dorman<sup>6</sup> identifican, a través de un metanálisis, 12 dimensiones sobre la satisfacción en 221 trabajos que analizan. Priorizadas en función de la frecuencia con que los estudios revisados las incluían son: *sentimientos humanos, información, calidad global, competencia, satisfacción global, burocracia, acceso, coste, instalaciones y resultado*. También desde la perspectiva del marketing de servicios algunos trabajos revisados<sup>7-9</sup> plantean la *profesionalidad y habilidad, las actitudes y el comportamiento, la accesibilidad y la flexibilidad, la confianza, la mejora y credibilidad y la reputación*, como dimensiones útiles para valorar la orientación del servicio hacia el cliente.

Autores como Vuori<sup>10</sup>, Ware<sup>5</sup>, Suñol<sup>11</sup>, y el mismo Donabedian<sup>2</sup> han señalado la importancia y la pertinencia de introducir la satisfacción de los usuarios con los servicios de salud como parte y complemento de otras actividades de control de calidad.

Por otro lado, diferentes estudios<sup>12-15</sup> ponen de manifiesto las características del usuario y de los proveedores que más influyen en la satisfacción del usuario. Entre ellas destaca la edad, el nivel de estudios, el estado de enfermedad y el género.

Parasuraman, *et al.*<sup>16</sup>, consideran 5 dimensiones de calidad: *elementos tangibles, fiabilidad, interés, garantía y empatía*. Diseñan un instrumento, SERVQUAL, para medir percepciones de la calidad de un servicio. Basado en este modelo, Hernán M., *et al.*<sup>17</sup> elaboran el cuestionario SERCAL, que mide la opinión sobre calidad percibida de los usuarios de servicios de salud en torno a 5 dimensiones: servicio accesible, servicio confortable, servicio personalizado, servicio de garantía y fidelidad con el servicio. Dicho instrumento se ha adaptado en esta investigación para el análisis específico de un servicio de urgencias hospitalarias.

En los servicios de urgencias hospitalarias se hace necesario, para la mejora continua de la calidad, conocer qué opinan los clientes e incorporar esta visión a la evaluación de las tareas. Esto es preciso por el importante crecimiento que ha experimentado su frecuentación<sup>18</sup> en los últimos años; por la correcta o incorrecta utilización que según algunos trabajos<sup>19, 20</sup> se hace de los mismos; por ser en muchos casos el primer contacto con el sistema sanitario; y porque generan reclamaciones por parte de los usuarios<sup>21</sup>.

La valoración que el usuario manifieste sobre el servicio recibido va a proporcionar un indicador indirecto del funcionamiento del sistema, útil para elegir entre las diferentes alternativas de provisión de asistencia. Por tanto el propósito del estudio es conocer la opinión que tienen los usuarios sobre la calidad del Servicio de Urgencias (S.U.) del Centro Médico-Quirúrgico del Hospital Virgen de las Nieves de Granada (SUCMQHVN).

Los objetivos concretos que se plantea esta investigación son los siguientes:

1. Conocer el nivel de calidad del SUCMQHVN en opinión de los usuarios del mismo, a través del cuestionario SERCAL adaptado a un servicio de urgencias hospitalarias.

2. Describir la opinión de los usuarios del SUCMQHVN, acerca de los elementos más relevantes que están influyendo en el nivel de calidad.

## Material y métodos

Estudio descriptivo transversal con técnicas e instrumentos de recogida y análisis de datos de tipo cuantitativo (cuestionario telefónico) y cualitativo (entrevistas individuales).

La población de estudio la constituyeron los 14.876 usuarios que utilizaron el servicio de urgencias del CMQHVN de Granada durante los meses de abril y mayo de 1998.

Para el primer objetivo, se calculó un tamaño muestral de 120 pacientes para un parámetro poblacional del 80%<sup>12</sup>, un error del 7% y un nivel de confianza del 95%. Los criterios de inclusión fueron: tener 14 años o más y disponer de teléfono. Se excluyeron de la muestra los pacientes fallecidos en urgencias y los que no disponían de teléfono.

Las variables independientes que caracterizaron el perfil sociodemográfico de los entrevistados, obtenidas de la base de datos del hospital, aparecen en la Tabla 1. Se seleccionaron estas variables por encontrarse disponibles y ser descriptivas de segmentos de población atendida.

Como variables dependientes se utilizaron las dimensiones e indicadores del análisis de calidad del modelo SERCAL, adaptado al ámbito de las urgencias hospitalarias: Accesibilidad del servicio, Servicio confortable, Servicio personalizado y Servicio de garantía. El nivel de calidad percibida se obtuvo de la puntuación obtenida con la aplicación del cuestionario SERCAL mediante entrevista telefónica. Este cuestionario estaba compuesto por 20 ítems de los cuales 17 valoraban las distintas dimensiones de la calidad por medio de una escala de puntua-

Tabla 1. Descripción sociodemográfica de la muestra

	%
Edad	
14-24 años	17
25-44 años	36
45-64 años	22
65-74 años	16
75 o más años	9
Género	
Hombres	55
Mujeres	45
Nivel de educación:	
Sin estudios	30
Graduado escolar	42
Estudios medios	16
Estudios universitarios	13
Procedencia:	
Rural (<10.000 habitantes)	28
Urbano (≥10.000 habitantes)	72

ción tipo Likert de 0 a 10 puntos (0= Total desacuerdo o insatisfacción; 10= Total acuerdo o Satisfacción); otros 3 ítems valoraron la fidelidad con el servicio, medida a través de la pregunta *¿recomendaría el servicio a un familiar o amigo?* (1=Sí; 2=No), la comparación del SUCMQHVN con otros servicios de urgencias (Mejor, Igual o Peor) y la satisfacción global (escala Likert de 0-10 puntos).

Se realizó un pilotaje del cuestionario con 50 usuarios del hospital que permitió adaptar y mejorar la comprensión de algunos ítems del mismo y la adaptación de las escalas. La validez del cuestionario se determinó atendiendo a la validez de contenido (validación por el equipo investigador, revisión bibliográfica y prueba de expertos), la validez de constructo (análisis factorial de componentes principales y coeficiente de correlación de Pearson con las variables edad, género y nivel de educación), y análisis de fiabilidad de las escalas y subescalas mediante el coeficiente alfa de Cronbach.

La informatización de los datos se realizó en el paquete estadístico SPSS.PC versión 7.5. Se caracterizó a la muestra según las variables sociodemográficas, utilizando como medidas de tendencia central la media, y desviación estándar, para variables continuas y la distribución de frecuencias absolutas y relativas para variables categóricas. Asimismo, se realizó un análisis de cluster (Quick cluster) con objeto de clasificar a los entrevistados según su puntuación en las distintas escalas del cuestionario y la puntuación dada al ítem referente a la facilidad para llegar al hospital utilizando cualquier vehículo (accesibilidad externa), que formaba parte del factor accesibilidad en el modelo SERCAL original. Finalmente se realizó un análisis bivariado entre los clusters obtenidos y las variables sociodemográficas.

Para la consecución del segundo objetivo, se identificaron informantes clave de los conglomerados constituidos por los usuarios que peor valoraron las distintas escalas del cuestionario.

Tabla 2. Análisis de componentes principales

	Factor 1	Factor2	Factor 3	Factor 4
Capacidad de la enfermera	0,772	0,302	-9,8E-02	0,219
Capacidad del Celador	0,745	0,182	0,243	0,236
Capacidad del administrativo	0,744	4,989E-02	0,279	0,342
Capacidad del médico	0,658	0,350	-0,319	0,274
Amabilidad del celador	0,607	0,382	0,382	-8,2E-02
Amabilidad de la enfermera	0,600	0,548	0,195	-8,5E-02
Amabilidad del administrativo	0,582	7,89 E-02	0,557	7,87E-02
Confianza	0,321	0,737	0,144	0,118
Información	-9,5 E-02	0,714	-0,115	0,254
Amabilidad del médico	0,449	0,646	0,163	-0,209
Seguridad	0,280	0,612	0,253	0,209
Coordinación	0,331	0,534	0,365	0,201
Disponibilidad	0,259	0,474	0,299	0,224
Tiempo	-4,0 E-02	0,241	0,702	0,189
Papeleo	0,210	5,57 E-02	0,624	0,396
Edificio	0,245	0,317	0,222	0,738
Comodidad sala de espera	0,147	8,24 E-02	0,202	0,698
	<b>Media</b>	<b>Desviación Típica</b>	<b>IC 95%</b>	
Servicio personalizado (factor)	7,89	1,40	7,65 - 8,13	
Servicio de garantía (factor 2)	7,83	1,44	7,57 - 8,05	
Accesibilidad del servicio (factor 3)	6,95	1,94	6,62 - 7,27	
Servicio confortable (factor 4)	7,45	1,53	7,17 - 7,70	
Accesibilidad externa (ítem)	7,31	2,27	6,94 - 7,70	
	<b>Coefficiente alfa de Cronbach</b>			
Servicio personalizado (factor 1)	0,88			
Servicio de garantía (factor 2)	0,81			
Accesibilidad del servicio (factor 3)	0,52			
Servicio confortable (factor 4)	0,66			
Globalmente	0,90			

rio. El tamaño muestral (n=15) lo determinó la saturación de la información. La opinión acerca de los problemas que influyen en el nivel de calidad se obtuvo mediante una entrevista semiestructurada en el domicilio del informante, previo consentimiento del mismo por teléfono, e información de la confidencialidad de la misma.

Para el análisis cualitativo, se realizó un análisis directo del contenido de la información según las variables del modelo SERCAL, grabación en audio y transcripción y triangulación de la información, contrastando los resultados obtenidos en el cuestionario con los de la entrevista semiestructurada.

## Resultados

De los 14.876 pacientes que acudieron al S.U., cumplían los criterios de inclusión 13.337 (9,9% no tenían teléfono, 0,18% habían llegado muertos al servicio o habían fallecido en el mis-

Tabla 3. Media, desviación típica (D.T.) y distribución de frecuencias de los ítems y dimensiones del cuestionario SERCAL en URGENCIAS

DIMENSIONES	Media	D.T.
<b>Servicio Personalizado</b>		
Capacidad enfermera	8,26	1,56
Capacidad celador	7,65	1,75
Capacidad administrativo	7,60	2,18
Capacidad médico	7,99	1,85
Amabilidad celador	7,83	1,80
Amabilidad enfermera	8,24	1,90
Amabilidad administrativo	7,88	1,97
<b>Servicio de garantía</b>		
Confianza en el servicio	7,86	1,98
Información que le dieron los médicos	8,17	2,06
Amabilidad del médico	8,58	1,76
Seguridad	7,72	1,87
Coordinación entre profesionales	7,06	2,20
Disponibilidad de escucha	7,58	2,11
<b>Accesibilidad del servicio</b>		
Papeleo	8,04	1,82
Tiempo que tardaron en atenderle	5,86	2,81
<b>Servicio confortable</b>		
Edificio e instalación	7,91	1,45
Salas de espera	6,99	
		<b>%Sí</b>
		<b>%No</b>
<b>Fidelidad con el servicio</b>	95,7	4,3
		<b>%Mejor</b>
		<b>%Igual</b>
		<b>%Peor</b>
		<b>%No conozco</b>
<b>Comparación con otros Servicios de Urgencias</b>	31,7	32,4
		<b>% Valor &lt; 7</b>
		<b>% Valor ≥ 7</b>
<b>Satisfacción global</b>	23	77

mo y el 6% no contestó por presentar déficit cognitivo). Se seleccionaron 250 pacientes mediante muestreo aleatorio simple. De ellos respondieron 139 pacientes, suficientes para el tamaño muestral calculado. No se observaron diferencias estadísticamente significativas entre las características de los no respondentes y los respondentes en relación con las variables edad, género y procedencia.

La distribución de la muestra según variables sociodemográficas se presenta en la Tabla 1. La media de edad de los entrevistados fue de 46 años (IC95% 43-49). El 75% de los mismos eran menores de 65 años. Algo más de la mitad de la muestra (55%) fueron hombres. No tenían estudios o sólo tenían estudios primarios el 72%. Un 72% de los entrevistados procedían de población urbana. La media del tiempo de espera percibido fue de 54 minutos (IC 95% 46-63).

El Análisis Factorial de Componentes Principales realizado con 17 ítems del cuestionario SERCAL, se agruparon en cuatro factores (*servicio personalizado, accesibilidad del servicio, servicio de garantía, servicio confortable*) (Tabla 2) que explican el 64,5% de la varianza total. El coeficiente alfa de Cronbach global (escala SERCAL) fue de 0,9. La subescala que obtuvo un menor grado de consistencia interna fue Accesibilidad del servicio con un coeficiente alpha de 0,5.

En la Tabla 3 aparece la puntuación media de las 17 variables que explicaban la satisfacción del usuario. El valor más bajo lo tuvo la accesibilidad del servicio; el ítem de este factor peor valorado fue el *tiempo de espera*. El factor mejor valorado fue el servicio personalizado; el ítem peor valorado en esta dimensión fue la *capacidad del administrativo*, seguida de la *capacidad del celador*. Los mejores valorados fueron la capacidad y la amabilidad de la enfermera.

La puntuación media de satisfacción global con el servicio fue 7,78 ( $\pm 1,83$ ), en una escala de 0 a 10. El 77% de los entrevistados puntuaron entre 7 y 10 la satisfacción global, y un 14% de los mismos puntuó por debajo de 5 puntos. Asimismo, la puntuación media de la escala SERCAL-Urgencias fue de 7,72.

La proporción de usuarios satisfechos calculada fue de 90% (IC95% 80-92) si el punto de corte para la categorización de la variable satisfacción se establecía en 5 en una escala de 0 a 10. Si el punto de corte se establecía en 7, el porcentaje de usuarios satisfechos es de 77% (IC95% 70-84).

Con relación a la fidelidad, el 96% de los entrevistados recomendarían el SUCMQHVN a un familiar o amigo en caso de necesidad. El SUCMQHVN fue valorado peor con relación a otros servicios de urgencias, por el 6% de los usuarios entrevistados.

Los usuarios del S.U. se agruparon en tres conglomerados homogéneos tras un análisis de cluster, tomando como base las puntuaciones de los factores obtenidos en el análisis de componentes principales y la variable accesibilidad externa.

**El primer grupo**, constituido por 24 usuarios, lo formaron los menos satisfechos, sobre todo con la *accesibilidad externa* (*Servicio confortable*: 6,71; *Servicio personalizado*: 7,07; *Servicio de garantía*: 6,87; *Accesibilidad del servicio*: 6,79; y el ítem *Accesibilidad externa*: 3,75). La diferencia de las medias de edad fue estadísticamente significativa entre este grupo y los otros dos.

**El segundo grupo** lo constituyeron 66 pacientes. Fueron los que mejor valoraron las distintas dimensiones, los *más sa-*

tisfechos. (Servicio confortable: 8,15; Servicio personalizado:8,66; Servicio de garantía: 8,64; Accesibilidad del servicio:8,13; y el ítem Accesibilidad externa:8,27). Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el nivel de educación entre el grupo 2 y los otros dos (Tabla 4).

**El tercer grupo**, constituido por 43 usuarios, se caracterizó por la baja puntuación dada a las distintas dimensiones, sobre todo a la *Accesibilidad del servicio* (Servicio confortable: 6,76; Servicio personalizado:7,17; Servicio de garantía: 7,07; Accesibilidad del servicio:5,12; Accesibilidad externa:7,86). Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el tiempo medio de espera entre este grupo y los otros dos (Tabla 4).

Estos resultados permitieron seleccionar grupos homogéneos de usuarios y de ellos entrevistar a informantes claves, representativos de cada grupo, para conocer los elementos relevantes de la calidad relativos a cada una de las dimensiones. A continuación se presenta el análisis de las opiniones expresadas al respecto. En la Tabla 5 se resumen algunas frases literales extraídas de las entrevistas que sustentan dichos resultados.

#### Accesibilidad del servicio

El *tiempo de espera* fue la categoría peor valorada. Observándose relación con: la organización y coordinación del personal, el sistema de priorización de los enfermos, la gravedad del caso, el factor suerte, la demanda excesiva para el personal disponible y la tardanza de las pruebas complementarias. Asimismo, se señaló de manera redundante la dificultad del acceso físico, centrada en los problemas de aparcamiento y señalización.

#### Servicio confortable

Las valoraciones fueron positivas en su mayoría. Sin embargo, aparecieron algunas opiniones negativas que hacían re-

ferencia a la falta de higiene y a la incomodidad. Se sugirió que debería haber dos tipos de salas de espera, para acomodar a los enfermos en función de la gravedad.

#### Servicio de garantía

La *información* médica fue valorada positivamente aunque en ocasiones es confusa por posible inseguridad del médico. En cuanto a la *disponibilidad del personal para escuchar al usuario si lo necesita*, se opinó que no es adecuada porque el personal está ocupado en otros asuntos; aunque también se expresó que depende del factor suerte. En cuanto a la *coordinación*, se opinó que el celador no está coordinado con el resto del equipo.

#### Servicio personalizado

En cuanto al *servicio personalizado*, se consideró que la amabilidad del personal depende de cada persona y del factor suerte. No obstante, en este aspecto, los celadores y administrativos fueron los peor valorados por los usuarios entrevistados.

#### Discusión

Este estudio se circunscribió a un periodo de tiempo específico (los meses de abril y mayo de 1998). Esto puede constituir un sesgo de selección, debido a la estacionalidad de ciertas patologías, pero no pensamos que este hecho pueda variar sustancialmente la calidad percibida, ya que ésta, en los estudios revisados<sup>12-15</sup> no se ha relacionado con el tipo de patología. Para disminuir el sesgo de no recuerdo<sup>22</sup> excluimos a los pacientes cuya estancia en el S.U. había tenido lugar hacía más de tres meses.

El cuestionario telefónico conlleva sesgos de selección porque no pueden participar personas sin teléfono ni -como ocurre

Tabla 4. Caracterización de los conglomerados

Variables Cuantitativas			Media	Desviación Típica	IC 95%	Test	P
Edad	Cluster	1	36	15	29 - 42	ANOVA	0,002
		2	51	20	47 - 56		
		3	45	19	39 - 51		
Tiempo de Espera	Cluster	1	0,8	0,8	0,4 - 1,1	ANOVA	0,000
		2	0,6	0,6	0,5 - 0,8		
		3	1,5	1	1,2 - 1,8		
Variables Categóricas			Subconjuntos Homogéneos				
Tiempo Percibido	Cluster	2	0,6			Student Newman Keuls	0,05
		1	0,8				
		3		1,5			
Nivel de Estudios	Cluster	1				$\chi^2$	0,001
		2					
		3					

Tabla 5. Opiniones sobre los elementos que motivan la valoración de la calidad

Dimensiones	Opiniones literales de los encuestados
Accesibilidad del servicio	<p>“Tardan demasiado, a veces. Debe haber un jefe organizador y responsable que tenga experiencia y sea capaz de priorizar y coordinar”.</p> <p>“Sí porque hay mucha gente, no hay médicos suficientes.”</p> <p>“...Entre una hora que tardan en llamarte y, luego las que tarda el cultivo, son tres horas...”</p> <p>“...está complicado el aparcamiento... no está bien señalado...”</p>
Servicio Confortable	<p>“La parte de las radiografías es muy incómoda, la gente espera de pie, otra sentada...”</p> <p>“...dos salas de espera, una que estuvieran los más pachuchos y en otra los menos, porque la verdad, que es muy incómodo, la señora que está tosiendo, con los esputos, y en fin, hay de todo...”</p>
Servicio de Garantía	<p>“A mí me han atendido médicos jóvenes, y me han atendido bien, y me han explicado las cosas bien. Sí están preparados”.</p> <p>“... Yo pienso que les falta preparación... por eso tienen que llamar a los de arriba...”</p> <p>“...Es que tampoco... el trabajo que tienen los celadores... no están preparados, les falta humanidad...”</p> <p>“Los administrativos no están preparados para atender a la gente, se les ve cansados...”</p> <p>“...Sí, me lo explicó todo y lo entendí. No hubo ningún problema en este sentido”...</p> <p>“...A veces hay despistes, estás hablando a lo mejor con alguien y están entre ellos hablando ahí, y no te escuchan...”</p> <p>“Un poco descoordinados. Por lo menos entre médicos y enfermeras hay coordinación. Entre celadores y administrativos, no. Quizás por los celadores que van por libre...”</p>
Servicio Personalizado	<p>“Algunos médicos son amables y otros no se puede ni hablar con ellos...”</p> <p>“ A la gente joven más o menos les hablan y les explican las cosas. Los tratan mejor que a los mayores, que son más incultos...”</p> <p>“Los jóvenes te tratan con más agrado que las personas mayores...”</p> <p>“...De los celadores, fatal. Yo creo que van allí a echar el rato... y ya está...”</p> <p>“...Los administrativos, tienen el trato más frío y menos humano de todos...”</p> <p>“Muy lentos. Amables, sí son, pero la impresión que dan es decir eh... tú tienes el trabajo de celador y es ganar un sueldo gratis, luego no es, no será así.”</p>

con otros abordajes metodológicos- tampoco aquellas que presentan déficit cognitivo. En nuestro estudio un 16% de la población no pudo responder por ambos motivos. Consideramos que este porcentaje de no respuesta obtenido mediante entrevista telefónica es aceptable teniendo en cuenta que las tasas de participación en los estudios de satisfacción mediante encuesta de opinión suele ser baja (30-40%)<sup>22</sup>. La tasa media de datos perdidos es significativamente más baja en las entrevistas telefónicas en comparación con las entrevistas por correo y las entrevistas presenciales<sup>23</sup>. Por otra parte no se evidenció un sesgo de selección entre respondentes y no repondentes tras el estudio de comparación de las variables disponibles.

Las variables sociodemográficas se han utilizado para caracterizar a la población y analizar su relación con la opinión de los usuarios agrupados por cluster. No se han podido contemplar otros factores que la literatura asocia con los niveles de satisfacción, como nivel socioeconómico y estado de salud<sup>15</sup> por tratarse de variables no disponibles en la fuente consultada.

Nos pareció interesante determinar el tiempo de espera, que por no encontrarse disponible decidimos preguntarlo directamente a los pacientes en el cuestionario. En el estudio de Bautista<sup>21</sup> el tiempo de espera aparece como primera causa de reclamación en el servicio de urgencias.

El modelo SERVQUAL<sup>16</sup> identifica cinco factores que se han resumido en las adaptaciones de Hernán *et al.*<sup>17</sup> en el

cuestionario SERCAL. Éste mide la opinión sobre la calidad en torno a cuatro dimensiones básicas: servicio accesible, servicio de garantía, servicio personalizado y servicio confortable, (así como fidelidad con el servicio). En nuestro análisis factorial se obtuvo la agrupación de las variables en torno a los mismos cuatro factores que propone el modelo teórico. Sin embargo se obtuvieron algunas variaciones que conviene señalar. Así, las variables referidas a la capacidad del personal (médico, enfermera, celador y administrativo), que en el modelo original forman parte de la dimensión “Servicio de garantía”, en nuestro estudio se agruparon en el mismo factor que la amabilidad de celadores, enfermeras y administrativos, es decir, en la dimensión denominada como “Servicio personalizado”. Y la amabilidad de los médicos que en el modelo original se agrupa en el factor “Servicio personalizado” en nuestro estudio lo hace en “Servicio de garantía”. Este resultado, no esperado, podría estar relacionado con problemas de comprensión del cuestionario, posiblemente, una gran mayoría de los usuarios no logran distinguir entre capacitación técnica y amabilidad de los profesionales, y pensamos que esto ocurre especialmente en el caso de los profesionales médicos. Por tanto, no está claro que esta agrupación de variables se haya debido simplemente al azar.

En otro factor se agrupaban las variables confianza en el servicio, información médica y seguridad (que en el modelo teóri-

co son explicadas por el factor "servicio de garantía"), con la amabilidad del médico, la disponibilidad de escucha del personal y la coordinación del personal (que en el modelo teórico forman parte del factor servicio personalizado). Pensamos que en este caso ha podido ocurrir algo similar a lo comentado en el caso de la capacitación del médico. Pero no habría que descartar que en un momento como una urgencia hospitalaria, la "disponibilidad de escucha" que muestre el personal sea un elemento muy relacionado con la garantía que ofrece el servicio. Las urgencias suponen generalmente un momento de tensión muy álgido para el usuario, fundamentalmente por la incertidumbre del momento, lo que hace que disponer de unos profesionales que escuchen sea un elemento de seguridad y garantía. Por lo que respecta a la coordinación entre profesionales, las modificaciones incluidas en el ítem respecto al modelo original no hacen extraño su inclusión en la dimensión servicio personalizado.

En relación con el nivel de calidad, el 77% de la muestra valora la satisfacción por encima de 7 en una escala de 0 a 10. Las opiniones de los usuarios, como en otros estudios<sup>24,25</sup> de satisfacción en servicios sanitarios, muestra una valoración positiva en general. Pensamos que este hecho puede deberse a varias razones. En primer lugar no podemos descartar el sesgo inevitable que conlleva siempre toda investigación por encuesta: no se pueden tratar los temas en profundidad, es difícil que la mayor parte de los entrevistados muestre opiniones críticas. Por otra parte, a partir de la experiencia acumulada con el trabajo con distintos equipos de entrevistadores podemos afirmar que el simple hecho de recibir la llamada telefónica para conocer la opinión sobre el servicio, despierta en el entrevistado un sentimiento de agradecimiento y puede generar respuestas complacientes. Además otra razón podría ser el nivel de resolución de problemas que presentan los S.U. donde la atención y el diagnóstico y en muchos casos el tratamiento suele ser en el acto, lo que hace que el usuario vuelva a casa con la sensación del problema resuelto.

La dimensión peor valorada en el S.U. del CMQHVN fue la accesibilidad del servicio, siendo el tiempo de espera el ítem peor valorado. Estos resultados son redundantes con los de otro estudio<sup>21</sup> que muestra como principal motivo de reclamación la demora en la asistencia a diferencia de otros<sup>26</sup> donde la mayoría de quejas son por falta de información. Surroca, *et al.*<sup>27</sup> establecen un estándar de tiempo de espera en un máximo de 30 minutos. En nuestro estudio el 43% de los pacientes superaron este estándar. El tiempo de espera percibido por los usuarios de urgencias puede estar sobrestimado por la ansiedad e incertidumbre y por ser un tiempo de espera no ocupado ni explicado<sup>26</sup>.

Que el tiempo de espera haya sido el ítem peor valorado confirma en el ámbito sanitario el fenómeno cultural que está impregnando nuestra sociedad del consumo rápido. Nuestro estudio sugiere que cada vez más, los usuarios, solicitan servicios que den una respuesta rápida, incluso inmediata a sus necesidades de salud, lo que contrasta con la excesiva burocracia de algunos circuitos del sistema sanitario. Siendo la rapidez un argumento utilizado por los usuarios para utilizar los servicios de urgencia hospitalarios, puede comprenderse porqué la mayoría están descontentos con el tiempo de espera<sup>28</sup>.

El uso de distintas técnicas cuantitativas y cualitativas, nos ha permitido obtener información complementaria y triangular la información como parte del proceso de validación.

Ello ha facilitado la mejor comprensión de los resultados en cuanto a capacidad de contraste, que apoyada en la redundancia o discrepancia optimiza la credibilidad de la información. Creemos que es importante no solamente indagar el nivel de calidad percibida sino poder interpretar las causas con que se relaciona.

En el estudio cuantitativo observamos que la capacidad del administrativo y la del celador fueron las peores valoradas. En el proceso de triangulación de estos resultados con los obtenidos en el estudio cualitativo se observó una redundancia en la baja valoración en estas dos categorías de profesionales relacionándolo con la percepción expresada por los usuarios de desinterés de los mismos en su tarea.

La satisfacción de los usuarios del S.U. del CMQHVN de Granada con una escala de 0 a 10 es de 7,78 aunque el 4% de los usuarios no lo recomienda en caso necesario. La característica del S.U. peor valorada es la *accesibilidad del servicio* con una puntuación de 6,95. La dimensión mejor valorada es el *servicio personalizado* con una puntuación de 7,89.

En opinión de los usuarios los elementos que influyen en el nivel de calidad percibida, en el S.U. del CMQHVN de Granada son:

Con relación a la accesibilidad, el tiempo de espera depende del factor suerte, de la gravedad del paciente y de la demanda. Consideran como elementos que influyen negativamente la desorganización y descoordinación del personal y el mal funcionamiento del sistema de priorización de los enfermos. La accesibilidad externa es valorada negativamente por la ausencia de aparcamiento y señalización adecuada.

En relación con la confortabilidad, las valoraciones fueron positivas mayoritariamente; las negativas hacen referencia a la falta de higiene y la necesidad de otra sala de espera para acomodar a los pacientes en función de su gravedad.

En relación con la garantía y trato personalizado se valora positivamente al médico y a la enfermera (aunque depende del factor suerte y de la persona) y negativamente al personal no sanitario, que en opinión de los usuarios muestran desinterés en el trabajo y un trato deshumanizado.

Aunque sería necesario conocer y contrastar los resultados obtenidos con la opinión de los profesionales para profundizar en la interpretación de los resultados, se sugieren como recomendaciones el entrenamiento adecuado del personal no sanitario en habilidades de relación interpersonal, una reorganización del sistema de priorización de los enfermos y una revisión de la organización de los servicios para reducir el tiempo de espera.

Si se desea mejorar el nivel de satisfacción de los pacientes con este hospital, parece necesario concienciar al personal de la importancia del cliente y la satisfacción de sus necesidades.

Con relación al cuestionario se sugiere que los ítems referidos a capacidad del personal y amabilidad del personal no aparezcan de forma consecutiva, porque en nuestra opinión ello podría favorecer la mejor discriminación por parte del usuario de estos ítems. La aparición consecutiva puede haber contribuido a la forma de agrupación de las variables. La utilización de una escala de puntuación tipo Likert de 0 a 10 puntos la consideramos adecuada para este tipo de medidas por razones culturales, como muestran otros estudios en el ámbito de las urgencias hospitalarias<sup>29</sup>.

## Bibliografía

1. Varo J. *Gestión estratégica de la calidad en los servicios sanitarios: un modelo de gestión hospitalaria*. Madrid: Díaz de Santos, 1994.
2. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. *Milbank Memorial Fund Quart* 1966;44(2):166-202.
3. Saturno PJ, Quintana O, Varo J. ¿Qué es la calidad?. En: Saturno PJ, et al. *Tratado de Calidad asistencial en Atención Primaria*, 1ª ed. Murcia: Du Pont Pharma, 1997;1:19-45.
4. Hulka BS, Zyzanski SJ, Cassel JC, Thompon SJ. Scale for the measurement of attitudes toward physicians and primary medical care. *Med Care* 1970;8:429.
5. Ware J, et al. The measurement and meaning of patient satisfaction. *Health Med Care Service Rev* 1978;1:1.
6. Hall JA, Dornan MC. What patient like about their medical care and how often they are asked: A meta-analysis of the satisfaction literature. *Soc Sci Med* 1988;27:935-9.
7. Grömroos C. *Marketing y gestión de servicios*. Madrid: Díaz de Santos, 1990.
8. Cottle D. *El servicio centrado en el cliente*. Madrid: Díaz de Santos, 1990.
9. Berry LL, Parasuraman A. *Marketing de servicios. La calidad como meta*. Barcelona: Gestión y empresa, 1993.
10. Vuori HV. *El control de calidad en los servicios sanitarios. Concepto y metodología*, 1ª ed. Barcelona: Masson, 1988.
11. Suñol R, Pacheco MV, Delgado R, et al. El estudio de la opinión del usuario y su aplicación en los programas de control de calidad. *Control de calidad asistencial* 1987;2:15-22.
12. Mira JJ, Villater J, Aranaz J, Herrero JF, Buil JA. La satisfacción del paciente: concepto y aspectos metodológicos. *Revista de Psicología de la Salud* 1992;4(1):88-116.
13. Lewis J. Patient views on Quality care in general practice: literature review. *Soc Sci Med* 1994;39(5):655-70.
14. Hall JA, Dornan MC. Patient sociodemographic characteristics as predictor of satisfaction with medical care: A metaanalysis. *Soc Sci Med* 1990;30:811-8.
15. Raftery J, et al. Preferential Insights. *Hlth Service J* 1990;100:1732-3.
16. Zeithaml VA, Parasuraman A, Berry LL. *Calidad total en la gestión de servicios*. Madrid: Díaz de Santos, 1993.
17. Hernan M, Jiménez JM, March JC, Silió F. *Calidad percibida por los clientes del Hospital Costa de Sol*. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública, 1996.
18. Estany A. Utilización de las urgencias hospitalarias en Andalucía (1987). *Gaceta Sanitaria* 1989;10(3):313-9.
19. Ibáñez F, Gutiérrez B, Olaskoaga A. Estudio de la utilización de servicios de urgencias hospitalarias por la población de un EAP: grado de adecuación. *Atención Primaria* 1991;8:764-9.
20. Escobedo F, et al. Evaluación de las urgencias hospitalarias desde un área básica de salud. *Atención Primaria* 1997;19(4):199-206.
21. Bautista D, et al. Análisis de las reclamaciones de los usuarios en el Hospital "Dr. Peset" de Valencia, durante 1994. *Rev Calidad Asistencial* 1996;11:108-12.
22. Saturno PJ. Los métodos de participación del usuario en la evaluación de mejora de la calidad de los servicios sanitarios. *Rev Esp Salud Pública* 1995;69:163-75.
23. Van Campen C, Sixma H, Kerssens J, Peters L. Comparisons of the cost and quality of patient data collection by mail versus telephone versus in-perso interviews. *European Journal of Public Health* 1998;8:66-70.
24. Retamal A, Monge V. Valoración de la calidad percibida de los usuarios de zonas básicas de salud de Cuenca. *Atención Primaria* 1999;24(9):507-13.
25. 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.
26. Mowen JC, Licata JW, Mcphail J. Waiting in the Emergency Room: How to improve patient satisfaction. *Journal of Health Care Marketing* 1993;26-33.
27. Surroca RM, et al. Metodología de análisis de Calidad de un servicio de urgencias hospitalario. *Rev Calidad Asistencial* 1995;346-9.
28. Mengual L. La atención urgente sanitaria urgente. Factores relacionados con la utilización de los servicios de urgencias hospitalarios. *Cuadernos de gestión* 1998;4(2):63-73.
29. MacK JL, Horwitz JE, Prince RA. The effect of urgency on patient satisfaction and future emergency department choice. *Health Care Manage Rev* 1995;20(2):7-15.