

## Calidad percibida por los pacientes quirúrgicos en un hospital de alta complejidad

Ana Sáinz<sup>a</sup>, José Ramón Martínez<sup>b</sup>, Margarita Alonso<sup>b</sup>, Begoña Ayuso<sup>b</sup>, Carmen Caamaño<sup>a</sup>, Ana Marco<sup>c</sup>, Isabel Morán<sup>c</sup> y Joaquín Estévez<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Dirección de Calidad. <sup>b</sup>Bioestadística. <sup>c</sup>Atención al Paciente. <sup>d</sup>Gerencia. Hospital Universitario Clínica Puerta de Hierro. Madrid.

Correspondencia:

Ana Sáinz.

Directora de Calidad. Hospital Clínica Puerta de Hierro.

San Martín de Porres, 4. 28035 Madrid.

Correo electrónico. asainz@hph.insalud.es

### Resumen

**Introducción:** Mejorar la calidad pasa ineludiblemente por escuchar la voz del paciente y traducir su opinión como una oportunidad de mejorar. El Plan de Calidad 2001 del Hospital Puerta de Hierro ha incluido en su programa la realización de una encuesta basada en el Informe del Usuario, diseñada en un proyecto conjunto de la Universidad de Murcia y varios hospitales del INSALUD con la metodología de grupos focales.

**Objetivos:** Conocer los problemas detectados por los pacientes durante su hospitalización.

**Metodología:** Se creó un grupo de trabajo en el que participaron los Servicios de Atención al Paciente (SAP), Bioestadística, Comunicación y Calidad, que tras hacer un estudio de los problemas de calidad detectados a través de datos de reclamaciones y de resultados del plan de calidad del año 2000 fijó la forma definitiva del formulario. El cuestionario fue entregado a los pacientes quirúrgicos intervenidos tres días antes, seleccionados según un procedimiento basado en la simulación de un muestreo aleatorio simple a partir de una relación de pacientes entregada por el Servicio de Admisión al Paciente. El desarrollo de un programa en base de datos ACCESS permitió la transcripción de datos a un soporte informático que permitía el proceso directo por el programa estadístico SPSS para obtener indicadores, valorar dimensiones e interpretar el nivel de satisfacción de los usuarios.

**Resultados:** Los cuestionarios fueron entregados según el procedimiento definido, que incluía un proceso de control, el circuito de los cuestionarios, el soporte informático en base de datos y el tratamiento estadístico. Se obtuvo una tasa de respuesta del 46,9% y una efectividad de recordatorio del 12,8% y se recibieron 126 encuestas. Se determinaron indicadores y se detectaron problemas (visitas molestas: 83,3%; demasiado tiempo de espera de ambulancias: 73,7%; falta de recetas: 65,5%, etc.). Se obtuvo un valor de tasa de problemas global del 19,7% correspondiente a 1.213 problemas detectados en el estudio global por dimensiones. El valor medio del nivel de satisfacción de los pacientes fue 8,20. Se hizo un estudio de detección de prioridades en el grado de satisfacción, siendo la competencia profesional el concepto más valorado. El estudio comparativo con otros centros que habían realizado una encuesta semejante dio resultados similares a la media en la valoración global, pero bastante diferentes en los conceptos de dimensiones.

**Conclusiones:** Los pacientes valoran bien el hospital, y la profesionalidad del personal sanitario es el concepto más valorado, pero detectan problemas fundamentalmente relacionados con aspectos estructurales. Destacó la valoración de la competencia profesional por encima de la obtenida en cualquiera de los hospitales del proyecto del Informe del Usuario, y también se observó un punto fuerte en el hospital en la dimensión de información. Fue buena la valoración del trato, mientras que la dimensión de organización fue relativa-

### Summary

**Introduction:** Quality enhancement unavoidably involves listening to patients and using their opinions to improve. In its Quality Plan for 2001, the Puerta de Hierro Hospital in Madrid has included the performance of a survey. This survey uses focus group methodology and is based on the User Report, which was designed in a joint project involving the University of Murcia and several hospitals belonging to the Spanish public health system (INSALUD).

**Objectives:** To determine the problems detected by patients while hospitalized.

**Methodology:** A working group was established with the participation of the Customer Service, and the services of Biostatistics, Communication, and Quality. After studying the problems of quality gathered from patients' complaints and the quality plan for 2000, the participants designed the final form. The questionnaire was distributed among surgical patients who had undergone operations three days earlier, selected according to a procedure based on the simulation of simple random sampling from a list of patients provided by the Admissions Department. A program involving an ACCESS database was developed, which enabled the transfer of data to a computerized system that allowed direct data-processing using the SPSS statistical package. This system was then used to establish indicators, evaluate dimensions and interpret the level of satisfaction among users.

**Results:** The questionnaire was distributed according to a procedure that included a control process, circulation of the surveys, the computer database and statistical analysis. The response rate was 46.9%, the effectiveness of telephone reminders was 12.8% and 126 surveys were received. Indicators were determined and problems were detected (noisy visits: 83%, long waiting time for the ambulance: 73.7%, lack of prescription: 65.5%, etc.). The overall problem rate was 19.7%, corresponding to 1,213 problems detected in the overall study according to dimensions. The level of patient satisfaction reached 8.20. A study to detect priorities in among the factors determining satisfaction revealed that professional competence was the most highly valued factor. A comparative study with other hospitals that had performed a similar survey revealed results that were close to the mean in the overall evaluation but fairly different in the concepts of dimensions.

**Conclusions:** The patients rated hospitals highly, and the professionalism of the health care workers was the most highly rated factor. However, patients detected problems, most of which were related to structural aspects. Notable findings were that professional competence was rated more highly by patients than by any of the hospitals participating in the *user report project* and that the dimension of information was considered a strong point in hospitals. Patients gave a favorable rating to dealings with staff while the dimension of organization received an unfavorable rating. One weak point involved the dimension of infrastructure: 70.6% of those surveyed found at

mente mal valorada. Un punto débil apareció en la dimensión de infraestructura: encontraron alguna cosa en malas condiciones el 70,6% de los pacientes. La respuesta directa del paciente con un valor del nivel de valoración global ha sido similar a la media de otros hospitales.

**Palabras clave:** Encuesta de posthospitalización. Informe del Usuario. Calidad percibida. Satisfacción.

least one item that was in poor condition. The overall rating by patients was similar to the mean for other hospitals.

**Key words:** Post-hospital survey. User Report. Perceived quality. Satisfaction.

## Introducción

El Plan de Calidad Total del INSALUD en las instituciones sanitarias para el año 2001<sup>1</sup> dedica uno de los objetivos generales a mejorar la satisfacción de los pacientes con la atención recibida. Teniendo en cuenta que el grado de satisfacción del paciente está condicionado por la relación entre la calidad esperada y la percibida<sup>2</sup>, el objetivo se concreta en reducir las diferencias entre expectativas y percepciones, lo que induce a buscar la opinión de los pacientes para detectar aspectos de la atención susceptibles de mejora, y definir explícitamente como un objetivo operativo la divulgación e implantación de una encuesta posthospitalización.

En el año 2000 un grupo de trabajo integrado fundamentalmente por investigadores del programa EMCA y la Universidad de Murcia desarrolló el Proyecto del Informe del Usuario con el fin de diseñar una encuesta de posthospitalización<sup>3</sup> mediante la metodología de los grupos focales, en el que participaron profesionales y pacientes de 7 hospitales de distintos ámbitos geográficos del INSALUD. Dicha encuesta ha sido estudiada y validada científicamente. Se realizó un estudio piloto con la obtención de resultados en 7 centros hospitalarios. La información completa de este trabajo fue difundida en los primeros meses del año 2001 y presentada en el XIX Congreso de la Sociedad Española de Calidad Asistencial, celebrado en Murcia del 23 al 26 de octubre de 2001.

El plan de calidad para 2001 del Hospital Puerta de Hierro incluyó un proyecto para solicitar la opinión de sus pacientes y decidió utilizar la metodología diseñada por el Proyecto del Informe del Usuario, adaptándola a sus circunstancias y posibilidades, y definiendo un plan que en el plazo de un año cubriera todos los pasos de la implantación de la encuesta para lograr a finales del año 2001 resultados concretos. Para simplificar problemas se decidió centrarse en la encuesta quirúrgica por ser más completa y referida a un mayor número de pacientes.

El proyecto fue aprobado por la Comisión de Dirección, se difundió en el acto de presentación de las Líneas Estratégicas del hospital para los próximos tres años y se publicó en el periódico del hospital.

## Objetivos

El objetivo fundamental es detectar problemas del hospital a partir del conocimiento de la opinión de los pacientes<sup>4</sup> para poner en marcha acciones de mejora. Objetivos secundarios del estudio son valorar las exigencias del paciente y determinar

nuestra posición respecto a otros hospitales que han desarrollado la misma encuesta.

## Metodología

### Cuestionario

Su contenido fue el de la encuesta quirúrgica diseñada por el Proyecto del Informe del Usuario<sup>3</sup>, consistente en 63 preguntas, seleccionadas tras realizar una serie de procesos que incluyen una exploración de tipo cualitativo a través de grupos focales, la puesta en marcha de procedimientos para asegurar la fiabilidad, la revisión de ítems y la ejecución de un pretest cognoscitivo. Las variables seleccionadas incluyen preguntas, formuladas en orden cronológico, que recogen la información que se produce en el momento del ingreso, la estancia en la planta del hospital y el momento de ser dado de alta. Además, se solicita una valoración global sobre la calidad y satisfacción percibida y sobre la profesionalidad y trato de los trabajadores del hospital, y se completa con la inclusión de datos sociodemográficos, consideraciones sobre la comprensión del cuestionario y otros temas no formulados considerados de interés. Sobre el documento original se han incluido algunas modificaciones basadas en los resultados ofrecidos por el estudio piloto del Proyecto del Informe del Usuario en su primera evaluación y, en nuestro interés, en los problemas de calidad detectados en el hospital sobre los que se estaba trabajando y que no estaban contemplados, tales como recepción de informe de alta (manuscrito, máquina, correo o ausencia), emisión de recetas en nuevos tratamientos, información sobre funcionamiento de ambulancias y definición de un problema a mejorar.

La forma de respuesta prevista es diferente según el tipo de pregunta formulada. Las preguntas sobre problemas de calidad específicos utilizan uno de los tres formatos usuales para respuesta dicotómica (sí/no), frecuencia percibida (escala de opciones desde "siempre" a "nunca") y listado de opciones con posibilidad de responder a más de una. Las preguntas de valoración global de la calidad percibida planteadas en sentido general o sobre la profesionalidad y amabilidad del trato de los profesionales tienen 5 opciones de respuesta ("muy buena", "buena", "regular", "mala" y "muy mala"). La pregunta de valoración del nivel de satisfacción se resuelve con una puntuación dada en una escala de 0 a 10. Las preguntas descriptivas se concretan en algunos aspectos sociodemográficos del paciente (edad, sexo, nivel cultural) y la información referente a la selección de una cosa a mejorar se resuelve con una pregunta abierta.

Sobre la forma de presentación se propusieron diversos diseños que facilitasen el envío y recogida, pero finalmente hubo que optar por el más sencillo y económico, que fue el uso de fotocopias del cuestionario base encuadradas por el Servicio de Reproducciones del hospital. Se prepararon 250 cuestionarios con sobre franqueado cuyo coste fue de 30.000 pesetas, sin incluir el papel y las fotocopias.

**Población y muestra**

El estudio fue realizado en el Hospital Puerta de Hierro. Sus características se concretan en una disponibilidad de 500 camas y una población asignada de 415.967 habitantes según el último censo del INE de la Comunidad de Madrid. En el año 2001 registró 15.141 altas, con un peso medio de 2,19, siendo su índice de complejidad global de 1,06.

La población fue definida como el conjunto de pacientes quirúrgicos (exceptuando trasplantes), con una estancia mínima de tres días de hospitalización, menores de 75 años y sin complicaciones especiales en el postoperatorio (no estaban en recuperación pasados tres días de la intervención quirúrgica). La muestra se obtuvo seleccionando diariamente a 12 pacientes, según los números de orden definidos por números aleatorios obtenidos utilizando el programa EPITABLE<sup>5</sup>, de una lista de pacientes ingresados intervenidos quirúrgicamente en fecha determinada y con los requisitos exigidos. El planteamiento original de la muestra se modificó incluyendo provisionalmente con la denominación de “voluntarios” al conjunto de pacientes quirúrgicos ingresados que, estando presentes en la entrega del cuestionario, mostraron interés en realizar la encuesta.

**Organización**

La Dirección de Calidad, el Servicio de Atención al Paciente y la Sección de Bioestadística se responsabilizaron de las gestiones pertinentes. El Servicio de Atención al Paciente designó a una persona que pudiera dedicar aproximadamente una hora diaria para presentar la encuesta y distribuir los cuestionarios a los pacientes; la Supervisora de Calidad realizó las correspondientes reclamaciones por teléfono, y la Sección de Bioestadística se responsabilizó del control de la información generada en el proceso. El plan de tiempo previsto para su desarrollo se presenta en la figura 1.

El procedimiento de entrega de cuestionarios se iniciaba cada día de la semana a partir de la lista de los pacientes seleccionados por el procedimiento de muestreo anteriormente descrito. La persona encargada debía localizar a los pacientes, informarse sobre su estado y, si era adecuado, incluir en el cuestionario a entregar el número de identificación generado por la base de control. La entrevista con el paciente se desarrollaba según unas pautas establecidas, que en resumen consistían en presentarse, explicar el motivo y la importancia de la encuesta, indicar el modo de contestación, dando información sobre el aviso telefónico y entregar el cuestionario. Antes de finalizar la entrevista debía contrastar la información registrada en la lista preliminar, incluyendo los datos que faltasen y haciendo constar la entrega del cuestionario y las incidencias producidas.

Figura 1. Cronograma de la encuesta.

Clínica Puerta de Hierro. Encuesta posthospitalización	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre
Diseño de la estrategia de funcionamiento	X							
Revisión del contenido del cuestionario	X							
Confección de cuestionarios (fotocopias)		X						
Creación de base de datos de administración		X						
Creación de cuestionario informático		X	X	X				
Entrega de cuestionarios			X	X	X	X	X	
Aviso telefónico						X	X	
Recogida de cuestionarios			X	X	X	X	X	
Transcripción informática de cuestionarios					X	X	X	
Estudio estadístico								X
Realización del informe								X

El aviso telefónico estaba previsto para los pacientes que habían recibido la encuesta tres o 6 semanas antes (primero o segundo aviso) y no había constancia sobre su recepción. El procedimiento se iniciaba a partir de la base de datos de control obteniendo un listado de los pacientes con fecha de intervención quirúrgica determinada, correspondiente con los plazos previstos, que no habían entregado los cuestionarios. Este listado se contrastaba previamente con el Servicio de Admisión comprobando que el paciente había sido dado de alta y que no había fallecido en el hospital. Comprobados estos dos requisitos, se realizaba una llamada telefónica para insistir en el envío del cuestionario. La información registrada era incluida en la base de datos de control.

La recogida del cuestionario fue prevista en dos modalidades, pudiendo entregarlo directamente en el hospital, en buzones preparados expresamente para ello, o bien enviarlo por correo tras el alta.

**Soporte informático**

En la realización del presente trabajo se ha utilizado el programa Access de Microsoft Office<sup>6</sup> para el desarrollo de dos bases de datos, una para el control administrativo de los cuestionarios entregados y la otra para la recogida de las respuestas a las preguntas del mismo que sería procesada posteriormente por el programa estadístico SPSS<sup>7</sup>.

**Métodos de análisis de los resultados**

La tasa de respuesta viene dada por el porcentaje entre cuestionarios contestados sobre el número de distribuidos. La efectividad del recordatorio telefónico es el porcentaje de encuestas cumplimentadas después de la insistencia respecto al total de avisos telefónicos realizados.

Las respuestas a cada una de las preguntas del cuestionario constituyen la base empírica de indicadores definidos como el porcentaje de aparición del problema de calidad sobre el que se indaga. En esos indicadores el numerador es indefectiblemente el número de pacientes cuya respuesta es considerada problema, y el denominador es el total de pacientes que responden a esa pregunta. La valoración del nivel de satisfacción global (escala 0 a 10) ha sido considerada pregunta clave para averiguar la influencia que cada uno de los indicadores, por separado o integrados en las 5 dimensiones que hemos considerado, tiene en la satisfacción general.

Las preguntas del cuestionario sobre aparición de problemas de calidad específicos se agrupan según las directrices definidas en el Informe del Usuario en 5 dimensiones referentes a organización, información, trato, competencia profesional e infraestructura. Se considera de gran interés el procedimiento diseñado para su estudio a partir de la creación de variables de medición de tasa de problemas global y tasa de problemas por dimensiones de cada individuo definidas como el cociente entre el número de problemas detectados y el número de respuestas correspondiente. La valoración de la influencia (capacidad de discriminación) de cada una de las dimensiones sobre la satisfacción global se ha realizado ajustando un modelo de regresión lineal múltiple<sup>9,10</sup> en el que se han incluido como variable dependiente la puntuación de la satisfacción global y como variable independiente la tasa de problemas de las dimensiones analizadas.

Las técnicas estadísticas han sido realizadas con el programa SPSS versión 10.0<sup>7</sup>. Se ha efectuado un tratamiento sistemático de frecuencias sobre todas las variables obteniendo las tablas de contingencia que se han considerado de interés. El nivel de puntuación global se ha estudiado con las técnicas generales de variables cuantitativas analizando su significación respecto a diversos factores. Para la representación gráfica de resultados se ha utilizado el diagrama de barras en la representación general de frecuencias y el diagrama de Pareto para ilustrar preguntas con varias opciones y el estudio por dimensiones. La comparación por factores de la valoración global se ha hecho utilizando un gráfico tipo caja o *box-plot* y la relación entre dos variables con un diagrama de puntos y recta de regresión<sup>9,10</sup>.

### **Centros de referencia**

El Proyecto del Informe del Usuario realizó un estudio piloto en 7 hospitales representativos del territorio INSALUD, que fueron: Ramón y Cajal de Madrid, General Yagüe de Burgos, Santa María del Rosell de Cartagena, Infanta Cristina de Badajoz, San Agustín de Avilés, Can Misses de Ibiza y el Complejo Hospitalario de Ciudad Real. Fueron seleccionados de tal forma que presentaran una cierta variedad en sus características generales (tamaño, localización geográfica, etc.), considerando que podían existir diferencias entre las experiencias asistenciales dependiendo del tipo de hospital.

Teniendo en cuenta que la metodología empleada en dicho estudio ha sido la utilizada como base en el desarrollo del presente trabajo, la información a la que se ha podido tener acceso sobre estos resultados se ha empleado sin dificultad para

contrastar los valores de los indicadores, establecer diferencias entre parámetros y determinar la posición de nuestro hospital.

## **Resultados**

### **Características y magnitud de la respuesta**

Se distribuyeron 224 cuestionarios según la sistemática prevista de muestreo aleatoria. En corto plazo se recibieron 94 cuestionarios cumplimentados y se puso en marcha el proceso de aviso sobre 109 individuos. El valor de la tasa de respuesta ha sido del 46,8% y el de la efectividad del recordatorio telefónico del 12,8%.

El total de cuestionarios recibidos, cuya información se va a analizar, ha sido de 126, que son los obtenidos por el proceso sistemático de muestreo ( $n = 105$ ), incrementados por los cumplimentados por los definidos anteriormente como "voluntarios" ( $n = 21$ ). Se realizó un estudio estadístico comparativo entre los dos grupos, aplicando un contraste a todas las preguntas del cuestionario, que solamente fue significativo para un grupo mínimo de preguntas no representativas, por lo que se consideró que, aunque el grupo de voluntarios presenta unos matices ligeramente más críticos y negativos respecto a la calidad del hospital, podían incluirse en el estudio.

### **Estadígrafos descriptivos**

Los resultados estadísticos obtenidos para la muestra total se corresponden con una distribución de edad (mediana, 52), un porcentaje ligeramente superior de mujeres (54,8%), niveles de estudios (44,2% ninguno o primaria), y un valor muy bajo (1,6%) respecto a la dificultad de comprensión de la encuesta. Estuvo en lista de espera para ingresar un 54,0% e ingresó por urgencias el 46,8%.

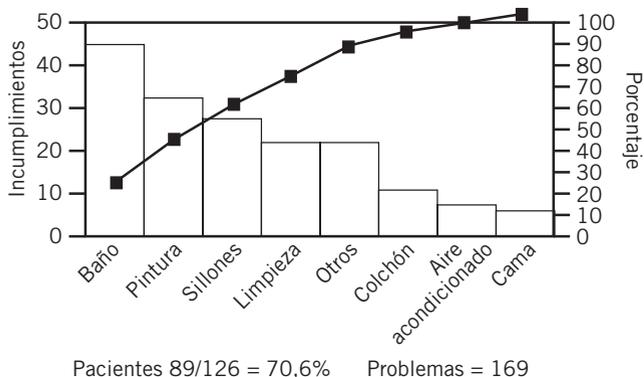
### **Indicadores de calidad**

Sobre la muestra total se obtuvo la información estadística de frecuencias del conjunto de variables a partir del cual se obtuvieron los indicadores correspondientes que se presentan en la tabla 1, donde se ha incluido en la última columna el valor obtenido por el estudio piloto realizado en los hospitales que participaron en el Proyecto del Informe del Usuario. Se hace notar que, al considerar como problema una de las opciones en preguntas dicotómicas, y las tres peores en las de pregunta percibida ("a veces", "casi nunca" y "nunca"), la información expuesta es completa en el sentido de medir el problema o la satisfacción, ya que los indicadores de error presentados son complementarios con los indicadores de satisfacción correspondientes ("casi siempre" o "siempre"). La información complementaria se ha plasmado para uso interno en diagramas de barras convencionales y diagramas de Pareto como el de la figura 2. Se hace notar que diferencias significativas de indicadores en unidades de enfermería permitieron detectar problemas específicos en alguna de ellas.

Tabla 1. Indicadores sobre problemas específicos de calidad percibida. Porcentaje de pacientes que detectan problemas

Momento		Número	Resultado (%)	Estudio piloto (%)	
Ingreso en urgencias	Más de un mes en lista de espera para ingresar	67	76,1	77,6	
	No recibieron información de las normas de funcionamiento general del hospital	126	59,5	46,5	
	Al llegar no les atendieron con los medios que necesitaban	59	15,3	3,7	
	No les atendieron con la suficiente rapidez	59	32,2	18,3	
	No les explicaron en alguna ocasión lo que iban a hacerles	46	21,7	37,7	
	El trato que recibieron no les ayudó a sentirse más tranquilos y calmados	48	20,8	35,8	
	El personal no intentó evitar que vieran cosas desagradables	59	55,9	31,5	
	Sus acompañantes no fueron tratados con amabilidad	49	18,2	31,4	
Ingreso	Sus acompañantes no tuvieron información suficiente	47	30,2	43,4	
	Algo no estaba en condiciones en las instalaciones	59	52,5	47,7	
Fin de intervención quirúrgica	No les informaron con claridad del motivo	59	22,0	10,3	
Estancia	No informaron a sus acompañantes con claridad del resultado	109	2,7	3,7	
	No pudieron saber con facilidad el tipo de personal que les atendía	121	24,0	37,3	
	El personal que les atendía no se identificaba	119	49,6	71,4	
	Tuvieron problemas con el trato recibido	121	14,9	10,4	
	No recibieron ayuda para realizar su higiene personal cuando la necesitaron	89	14,6	26,8	
	Tuvieron problemas por compartir habitación	116	16,4	12,8	
	Les resultaron molestas las visitas	126	83,3	14,0	
	Les faltó algo que necesitaban respecto a toallas y lencería	126	15,9	10,6	
	No los atendieron con suficiente rapidez	117	14,5	29,8	
	Tuvieron que ser ayudados por otra persona, por no estar disponible personal del hospital	125	17,6	12,7	
	Encontraron algún problema en la comida	126	40,5	38,4	
	Encontraron alguna cosa en malas condiciones	126	70,6	50,7	
	Sintieron que el trato que recibían era peor que el de otros pacientes	126	2,4	2,1	
	No les explicaron con claridad cómo evolucionaba su estado de salud	119	15,1	30,2	
	Su opinión, en relación con sus cuidados y tratamiento, no fue tenida en cuenta lo suficiente	110	26,4	34,4	
	No pudieron comentar con el médico aspectos de su enfermedad	115	16,5	32,3	
	Se produjo algún tipo de fallo en su tratamiento	126	10,3	9,3	
	No obtuvieron de los médicos respuestas fáciles de entender	116	6,0	25,1	
	No obtuvieron del enfermero/a respuestas fáciles de entender	113	7,1	24,8	
	Sus acompañantes no tuvieron información suficiente	115	13,0	28,7	
	Han recibido información contradictoria del personal que les atendió	126	4,8	4,2	
	El personal del hospital hizo algún comentario inapropiado sobre otro paciente	126	4,0	3,0	
	El personal del hospital discutió sobre su enfermedad delante de ellos	126	1,6	1,1	
	No se respetó su intimidad	121	5,8	5,3	
	El personal de limpieza no realizaba su trabajo intentando no molestar	122	9,0	17,8	
	Tuvieron algún problema en el uso de la ducha y el aseo	126	55,6	31,2	
	Han visto fumar en el hospital	126	41,3	42,6	
	Interrumpieron su descanso por la mañana demasiado pronto, sin causa justificada	119	8,4	6,7	
	El personal de enfermería no les tranquilizaba	107	21,5	33,0	
	No se utilizaron los medios necesarios para quitarles el dolor	118	1,7	12,4	
	Los cambios de turno afectaron a la atención que recibieron	126	19,8	11,2	
	La atención no fue buena durante los días festivos	104	11,5	16,5	
	No les atendió el mismo médico	120	15,0	-	
	Tuvieron algún problema al ser vistos por estudiantes	47	6,4	7,7	
	Alta	No les explicaron con claridad el tratamiento y los cuidados a seguir	113	9,7	14,0
		No recibieron informe	102	5,6	-
		No tuvieron oportunidad de consultar al médico las dudas sobre su informe del alta	86	19,7	18,0
		No recibieron recetas del nuevo tratamiento	55	65,5	-
		No dispusieron de tiempo suficiente para prepararse	126	13,5	2,3
		Consideran que estuvieron en el hospital más o menos tiempo del necesario	112	16,1	9,6
	La ambulancia tardó más de dos horas en recogerles	19	73,7	-	

Figura 2. Encontraron en la habitación algo en malas condiciones.



**Estudio global por dimensiones**

Se ha obtenido un valor de tasa de problemas global del 19,70% correspondiente a 1.213 problemas detectados sobre un conjunto de 6.156 preguntas respondidas. La distribución de problemas por dimensiones se representa en la figura 3, que utiliza un diagrama de Pareto para analizar las dimensiones consideradas según el número total de problemas detectados incluyendo (dentro de los rectángulos) los valores de la tasa de problemas correspondientes a cada dimensión.

**Valoración general de la encuesta**

La respuesta directa del paciente ha sido recogida en la pregunta específica sobre la puntuación (de 0 a 10) del nivel de satisfacción y la valoración global de la calidad. El valor medio del nivel de satisfacción ha sido 8,2 (47,9% de los encuestados ha puntuado con 9 o 10), pudiendo observarse en la figura 4 el diagrama de caja de distribución de los valores de respuestas en las distintas unidades de enfermería, que indica en la representación del diagrama de caja correspondiente el diferente grado de satisfacción detectado en las diferentes unidades.

Los resultados de la valoración de la profesionalidad del personal sanitario están representados en la figura 5, que recoge las opiniones sobre profesionalidad y trato en los cinco grupos de personal considerados.

Figura 3. Frecuencia y tasa de problemas por dimensiones.

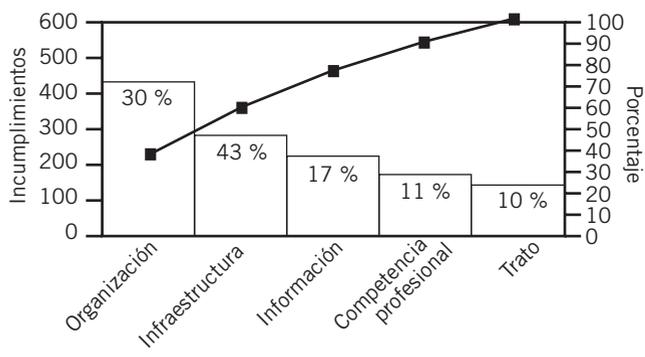
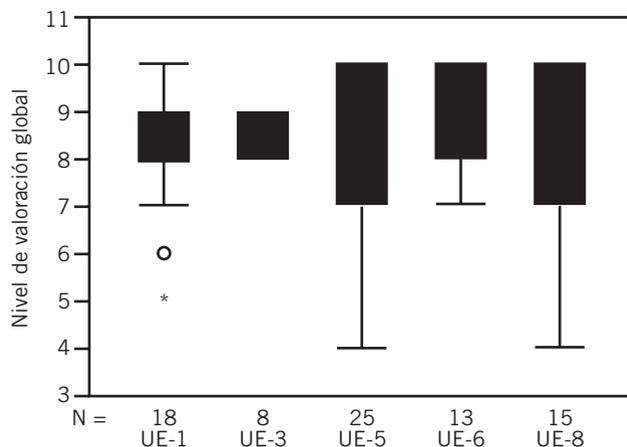


Figura 4. Nivel de valoración global por unidad de enfermería (UE).



**Detección de prioridades en el grado de satisfacción**

La valoración de la influencia sobre la satisfacción global se ha realizado a partir de un estudio estadístico de la relación existente entre los valores del nivel de satisfacción global y los valores de tasas (global o por dimensiones) obtenidos para cada paciente a partir de la colección de preguntas detectoras de problemas. La dependencia entre las variables descritas se mide con los coeficientes de correlación de Pearson de la puntuación global con las diferentes tasas, cuyos resultados destacan la influencia de la competencia profesional como la dimensión prioritaria al realizar la puntuación global (fig. 6). Observando la correlación entre tasas por dimensiones, destaca la relación entre las tasas de competencia profesional y trato (0,780), verificando de una forma cuantitativa el hecho ya advertido anteriormente de que la competencia profesional y el trato están muy relacionados en el ámbito de la encuesta.

Figura 5. Valoración de la profesionalidad del personal.

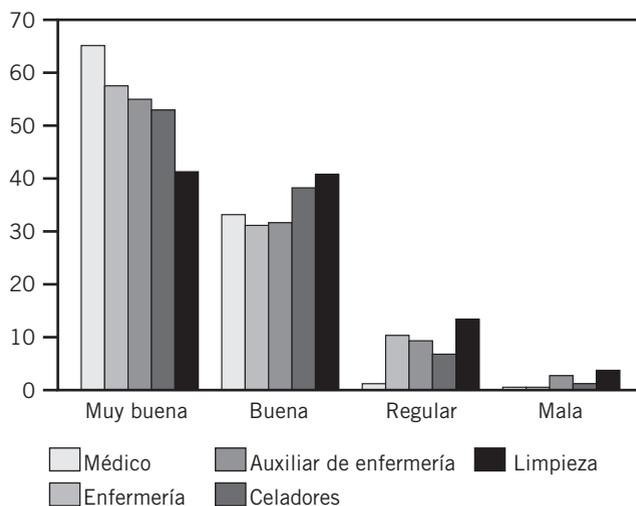
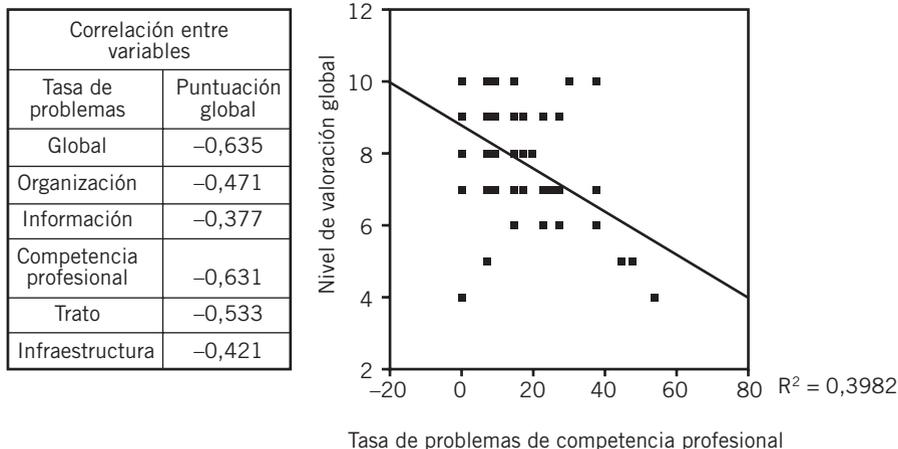


Figura 6. Lo que más se valora es la competencia profesional.



Buscando una relación global entre las variables se ha planteado un modelo de regresión lineal multivariante, definido paso a paso y seleccionando sólo las variables significativas, en el que se ha definido como variable dependiente la puntuación de la satisfacción global, y como variables independientes el porcentaje de problemas de las dimensiones analizadas. El modelo de regresión obtenido destaca de forma prioritaria la tasa de competencia profesional e incluye exclusivamente la tasa de problemas de organización. La exclusión en el modelo de la tasa de problemas de trato más relacionada directamente se explica por la relación ya descubierta entre competencia profesional y trato.

**Comparaciones entre centros**

La realización de un estudio comparativo general de los resultados obtenidos en nuestro hospital (Clínica Puerta de Hierro) con los obtenidos por el Proyecto Informe del Usuario en la aplicación de la encuesta en 7 centros hospitalarios se visualiza en la figura 7, con una representación de la satisfacción global en un diagrama de barras de error con la media en el centro y dos intervalos de amplitud doble del error típico, y en la figura 8, que representa los valores de las tasas de problemas por dimensión, en la que nuestro hospital está identificado con una marca triangular, mientras que el resto de los hospitales aparece con un círculo.

**Discusión**

El programa establecido se desarrolló con ciertas incidencias que fueron recogidas y valoradas en el sentido de detectar problemas de la organización susceptibles de mejorar, adaptar la organización establecida al funcionamiento interno del hospital y corregir la forma de funcionamiento del personal que desarrollaba la puesta en marcha del proyecto.

La persona responsable de la entrega de los cuestionarios hizo notar que el contacto previo con la enfermera responsable

dilataba mucho la entrega del cuestionario, por lo que se decidió suprimir este requisito después de asegurarse de que el abordaje al paciente se realizaba con delicadeza y corrección. Advirtió también que los enfermos que habían sido trasplantados no estaban por lo general en la disposición requerida, lo que llevó a excluirlos directamente de las listas de entrega, modificando el concepto de población inicialmente descrita. Dentro de la política de no producir molestias a los pacientes, se detectó el hecho de que en muchos casos eran necesarias varias visitas para poder entrevistarse con el paciente y entregarle la encuesta, lo que llevó a modificar la norma descrita, respetando los momentos en que el paciente estuviera dormido, pero considerando que podría ser abordado aunque estuviera con visitas. El problema del compañero de habitación, que en muchas ocasiones reclamaba una oportunidad para la encuesta, se resolvió con la entrega de ejemplares siempre que cumplieren los requisitos establecidos en la definición de población de

Figura 7. Satisfacción global en los hospitales (H) encuestados. CPH: Clínica Puerta de Hierro.

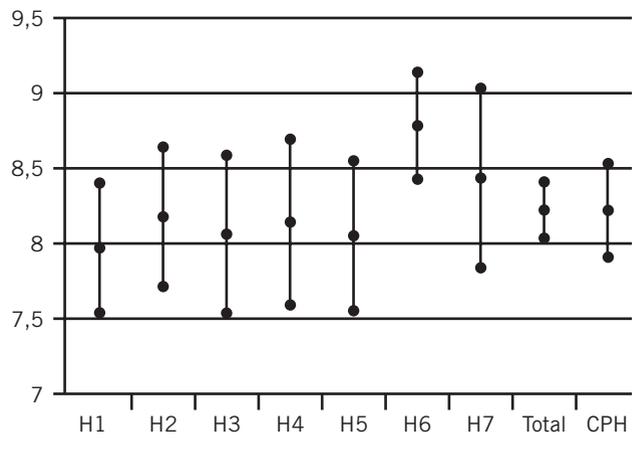
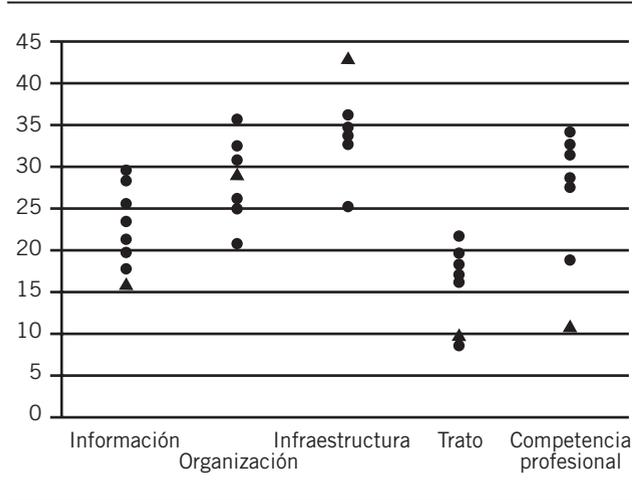


Figura 8. Tasa de problemas detectados en los hospitales.



estudio. Esas respuestas fueron procesadas con la variable de "voluntarios" y la posibilidad de tratamiento estadístico independiente.

El aviso telefónico no tuvo efecto en algunos casos al no poder contactar con el paciente y, en los casos en que fue posible, se dejó mensaje en el contestador automático. En los casos en que se habló con el paciente las respuestas recibidas correspondían a mentiras corteses (afirmaban no haber recibido el cuestionario o haberlo cumplimentado y entregado), confirmación de pérdida del cuestionario o promesas de envío.

La tasa de respuesta obtenida ha sido muy superior a la de encuestas previas realizadas en el hospital, que no superaba el 10%, y con la obtención general de respuestas a todas las preguntas del cuestionario, hecho que *a priori* suscitaba la duda en mucha gente. La explicación posible es la existencia de dos nuevos factores incluidos en su desarrollo: el primero se refiere a la entrega personalizada del cuestionario, se le dedica un tiempo al paciente para explicarle su importancia; y por otro lado, el contenido y la enumeración de las preguntas, que son concretas, relacionadas con los problemas detectados en un número importante de grupos focales con pacientes y sus familias, y que están relacionadas con la misma secuencia que ocurren los hechos durante la hospitalización.

## Conclusiones

El estudio ha servido para detectar problemas, y que mayoritariamente guardan relación con las visitas, sobre todo por las molestias que ocasiona a los pacientes el ruido en esas horas; con el tiempo que tienen que esperar a la ambulancia cuando se van de alta; con las condiciones de infraestructura del hospital, fundamentalmente con las duchas y aseos; con la falta de entrega de las recetas al alta; con la información que se les ofrece sobre normas de funcionamiento, y con la falta de

costumbre del personal de identificarse correctamente. De esta manera se han identificado áreas en las que el plan de calidad del hospital debe centrarse y han servido de base para establecer las acciones de mejora pertinentes.

Se ha comprobado que los pacientes hacen una buena valoración del hospital, seguramente influida por la valoración que tienen de la competencia de sus profesionales, lo que nos lleva a colegir que su concepto de calidad está primordialmente ligado a los aspectos de calidad científicotécnica.

La posición de nuestro hospital respecto a los otros centros de referencia le sitúa muy próximo a la media en lo que se refiere a satisfacción global (fig. 7). El estudio comparativo por dimensiones (fig. 8) le destaca muy negativamente en infraestructura (el peor), está por debajo de la media en organización, es el segundo hospital mejor valorado en trato y obtiene los mejores resultados en información y, sobre todo, en competencia profesional.

Los resultados obtenidos se corresponden con aspectos reales que son fácilmente comprobables y explicables en la situación actual del centro. Este hecho confirma, de forma práctica, la valoración de la encuesta diseñada por el Proyecto del Informe del Usuario como herramienta muy eficiente para detectar de forma adecuada los problemas percibidos por los pacientes y conocer su grado de satisfacción.

## Bibliografía

1. Plan de Calidad Total del INSALUD. Dirección General de Organización y Planificación Sanitaria. Madrid, INSALUD, 1999.
2. Goetsch DL, Davis S. Implementing total quality. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall, Inc., 1995.
3. Más Castillo A, Saturno PJ. Programa EMCA. Consejería de Sanidad y Consumo de Murcia. Elaboración y validación de una encuesta de calidad percibida en pacientes hospitalizados. Actas del XIX Congreso de la Sociedad Española de Calidad Asistencial. Murcia, 23 a 26 octubre de 2001.
4. Benbassat J, Taragin M. What is adequate health care and how can quality of care be improved? *International Journal of Health Care Quality* 1998;11:58-64.
5. Epi Info v.6.0. Center for Disease Control. Atlanta, 1996.
6. Manual del usuario. Microsoft Access. Microsoft Corporation, 1994.
7. SPSS Base 10.0 Manual del usuario. SPSS Inc, 1999.
8. Fowler FJ Jr. Improving survey questions. Design and evaluation. Thousand Oaks, CA. Sage Pub., 1995.
9. Martín Andrés A, Luna del Castillo J. de D. Bioestadística para las ciencias de la salud. 4.ª ed. Madrid: Ediciones Norma, 1994.
10. Pérez de Vargas A, Abraira V. Bioestadística. Madrid: C. de E. Ramón Areces, 1996.