

## Causas de satisfacción e insatisfacción en Urgencias\*

José J. Mira, Jesús Rodríguez-Marín, M<sup>a</sup> Ángeles Carbonell, Virtudes Pérez-Jover, Inmaculada Blaya, Alejandro García, Jesús Aranaz  
Universidad Miguel Hernández de Elche

Correspondencia  
José J. Mira Solves  
Dpto. de Psicología de la Salud  
Facultad de Medicina  
Universidad Miguel Hernández  
Ctra. Alicante-Valencia, Km. 87  
03550 San Juan de Alicante  
E-mail: jose.mira@umh.es

### Resumen

**Objetivo:** Determinar qué elementos de la atención en urgencias generan satisfacción y cuáles insatisfacción.

**Diseño:** Investigación cualitativa basada en grupos de discusión seguida de encuesta estructurada.

**Sujetos:** En los grupos de discusión participaron un total de 50 sujetos. Adicionalmente se entrevistó a 296 pacientes dados de alta en Urgencias de un hospital del sistema público.

**Análisis de los datos:** el análisis de las dinámicas se realizó a través la espontaneidad y la coincidencia de las diferentes ideas aportadas por los grupos. Los datos de las entrevistas se analizaron mediante análisis estadísticos univariantes y bivalentes.

**Resultados:** La información, amabilidad e implicación del personal sanitario junto a la rapidez en la atención parecen ser los aspectos más valorados por los pacientes, y/o acompañantes, que acuden a los servicios de urgencias. El tiempo percibido de espera sin recibir ninguna explicación ( $t=2,93$ ,  $p=0,004$ ) parece ser la principal causa de insatisfacción. El tiempo percibido en urgencias se relacionó con la insatisfacción ( $p<0,035$ ) pero no el tiempo real en urgencias. La información al paciente ( $p=0,04$ ) y a los acompañantes ( $p=0,019$ ) supusieron incrementos en los niveles de satisfacción. Accesibilidad y capacidad de respuesta del hospital y ser derivados desde el propio centro de salud, son los motivos más frecuentes para preferir urgencias del hospital.

**Conclusiones:** Capacidad de respuesta, empatía e información son las dimensiones que los pacientes y acompañantes más valoran cuando acuden a urgencias. Mientras que el tiempo percibido se asocia a insatisfacción no sucede lo mismo con el tiempo real en urgencias. La percepción de medios técnicos y la accesibilidad, unidos a la propia indicación de los profesionales de Atención Primaria, justifican la predilección por urgencias hospitalarias.

**Palabras clave:** Calidad percibida. Satisfacción del paciente. Urgencias.

### Summary

**Objective:** to determine what elements of the attention in Emergency, generate satisfaction and whichones generate dissatisfaction.

**Design:** qualitative study based on discussion groups followed by structured survey.

**Subjects:** in the discussion groups participated a total of 50 subjects. Additionally, 296 patients who were discharged from Emergency Unit of a hospital, were interviewed.

**Data analysis:** the analysis of data was carried out through the spontaneity and the coincidence measures of the different ideas contributed by the groups. The data of the interviews were analyzed by univariant and bivalent statistical analysis.

**Results:** the information, kindness, the providers implication, the response capacity in the attention seem to be the aspects more valued by the patients, and relatives who go to the Services of Emergency. The perceived time of waiting without receiving any explanation ( $t=2,93$ ,  $p=0,004$ ) it seems to be the main cause of dissatisfaction. The time perceived in Emergency, was related with the dissatisfaction ( $p<0,035$ ) but not the real time in Urgencies. The information which was given to the patient ( $p=0,04$ ) and relatives ( $p=0,019$ ) supposed increments, in the levels of satisfaction. Accessibility, response capacity of the providers and being derived from the own center of health, are the most frequent reasons to prefer Emergency at the hospital.

**Conclusions:** Response capacity, empathy and information are the dimensions that the patients and relatives more value when they go to Emergency. While the perceived time was associated with dissatisfaction, the real time in Emergency was not. The perception of technical equipment and the accessibility, with the own indication of the professionals of Primary Attention, justify the predilection for Hospital Emergency.

**Key words:** Perceived Quality. Patient Satisfaction. Emergency.

## Introducción

La atención urgente es un elemento clave de cualquier sistema sanitario, por lo que existe un creciente interés por incrementar la satisfacción con la atención urgente de los pacientes y de sus familiares o acompañantes.

En términos generales, las principales causas de insatisfacción en urgencias vienen motivadas por la presión asistencial, los tiempos de espera y la comunicación (información) con el paciente y sus acompañantes.

En nuestro país, aunque el sistema público de salud dispone de otros recursos para la atención urgente, las urgencias hospitalarias constituyen el nivel asistencial más habitual, recibiendo un elevado volumen de visitas, de las que un importante número son inadecuadas (calculadas entre un 20 y un 38%<sup>1,2</sup>).

Estas visitas inadecuadas, obviamente, incrementan innecesariamente la presión asistencial, y se ha demostrado que ese incremento, disminuye la calidad de las prestaciones en urgencias<sup>3</sup>.

Pese a que no son muchos los estudios empíricos sobre la satisfacción del paciente en urgencias, se han podido identificar algunos de los determinantes de esta satisfacción<sup>4</sup>. Los más citados son: la información y los cuidados que facilita el personal de enfermería, el cuidado emocional que proporciona el médico, el nivel de organización que percibe el paciente y el tiempo de espera para recibir atención médica<sup>5,6</sup>. Dicho en otros términos, la satisfacción depende, básicamente, de la sensación de que se está siendo bien tratado. Esto se traduce en tiempos de espera ajustados a las expectativas, en la información que se recibe y en la empatía de los profesionales (por ejemplo, cuando describen a los profesionales como personas dispuestas a ayudarles, atentos a sus necesidades, etc.)<sup>7</sup>.

Aunque el tiempo de espera es el motivo de queja más habitual en urgencias hospitalarias<sup>8</sup>, no es clara la interpretación de este dato. Por ejemplo, en el citado estudio de Osakidetza se pone de relieve una paradoja ya que en hospitales donde las esperas son más acusadas (por encima de 160 minutos) se observa el porcentaje más alto de pacientes satisfechos (valoración positiva del 32%). Éste y otros datos semejantes sugieren que es necesario diferenciar entre tiempo "percibido" (por el paciente o por sus acompañantes) y tiempo "real" (medido en minutos habitualmente), de tal modo que mientras que el primero es predictor de la insatisfacción, el segundo no lo es<sup>9</sup>. Dicho de otro modo, lo que causa insatisfacción es el hecho de incumplir las expectativas del tiempo de espera considerado como adecuado, o superar la percepción del tiempo razonable de espera, más que el tiempo de espera real<sup>10</sup>.

En España, los estudios realizados<sup>8,11</sup> coinciden al señalar que el aspecto mejor valorado por los pacientes atendidos en urgencias hospitalarias es el trato recibido y el que requiere mejoras es el capítulo de la información al paciente o a sus acompañantes. No obstante, parece aconsejable realizar otros estudios que ayuden a identificar los aspectos que los pacientes perciben como más positivos y, sobre todo, diferenciarlos de aquellos otros que suelen generar insatisfacción, así como las razones principales para que se decida acudir a urgencias de un hospital en lugar de acudir al nivel primario de salud. Este estudio aborda, precisamente, ambas cuestiones y tiene como objetivo determinar qué elementos de la atención en urgencias

generan satisfacción y cuáles producen insatisfacción y señalar razones para preferir acudir a urgencias del hospital.

## Material y método

Mediante una combinación de técnicas de Investigación Cualitativa de búsqueda de consenso, basada en las técnicas del grupo nominal y grupo focal, conocida como Metaplan, se recogieron y analizaron puntos de vista sobre las urgencias de pacientes y acompañantes. En concreto interesaba conocer sus opiniones sobre tres cuestiones:

1. Qué es lo que más se valora de los servicios de urgencias de un hospital.
2. Qué es lo que menos se valora de los servicios de urgencias de un hospital.
3. Por qué se prefiere acudir a los servicios de urgencias de un hospital.

En el Metaplan se presentaban al grupo, en forma ordenada, estas tres preguntas y se solicitaba a cada uno de los participantes que escribiera individualmente sus opiniones al respecto para, posteriormente, presentarlas y comentarlas en grupo, siguiendo la metodología del grupo focal. En esta fase podían aparecer nuevas ideas o comentarios a cada una de las primeras. De esta forma, se equiparaba la primera colaboración de los participantes, se impedía que ninguno de ellos asumiera un papel protagonista y que la discusión posterior fuera sesgada por esas intervenciones iniciales.

Los grupos focales tuvieron una duración media de hora y media. Habitualmente participaban en cada sesión unas 7 personas.

Adicionalmente se realizó un estudio de campo entrevistando a 296 pacientes para identificar puntos fuertes y posibles áreas de mejora de la atención urgente, a partir de la información obtenida en la fase previa. La entrevista estructurada empleada abarcaba los aspectos identificados como claves desde el punto de vista del paciente: rapidez en la atención inicial, información, cualificación del personal, posibilidad de acompañar al paciente, accesibilidad a medios técnicos, respeto a la intimidad, tiempos de espera, limpieza, cortesía y trato.

El número de entrevistas se distribuyó proporcionalmente a lo largo del día de tal modo que se realizaron entrevistas a pacientes que acudieron a urgencias en horario de mañana, tarde, noche o madrugada.

Las sesiones con los grupos se desarrollaron en los mismos hospitales donde habían acudido con motivo de una urgencia. Las entrevistas se realizaron una vez producida el alta en urgencias, inmediatamente a partir de que el médico daba el alta y el paciente abandonaba la zona física donde había sido atendido. Las entrevistas tuvieron carácter voluntario y fueron realizadas siempre por el mismo entrevistador.

## Período de estudio

### Participantes

Se contó con la participación desinteresada de ciudadanos que habían sido pacientes en urgencias y con otros que habían

sido acompañantes de pacientes. En total participaron 5 hospitales, realizando 8 grupos de trabajo, a los que asistió un total de 50 pacientes.

Para la selección de los participantes en estas sesiones grupales, se recurrió a los datos de las historias de los pacientes atendidos en urgencias 30 días antes del estudio y que cumplían las siguientes condiciones: altas con fecha entre el 1 y el 7 de octubre de 2000, edad del paciente inferior a 65 años, residencia en zona relativamente próxima al hospital, en caso de ingreso hospitalario que el alta se produjera antes del 14 de octubre, disponer de un teléfono de contacto, no presentar enfermedad que le incapacitara para participar en las dinámicas. En caso de una urgencia pediátrica se invitaba a uno de los tutores a participar. El azar determinó los domicilios a los que se llamó, recayendo en los sujetos la decisión final de su participación en el estudio. En la medida en que se dispuso de participantes voluntarios en número suficiente se realizó más de una dinámica grupal en cada hospital.

Los sujetos que tuvieron oportunidad de ser entrevistados eran diferentes de aquellos que participaron en las sesiones de trabajo. Los pacientes entrevistados fueron seleccionados por muestreo sistemático entre aquellos que habían sido dados de alta en urgencias, en las franjas horarias de mañana, tarde, noche y madrugada de uno de los hospitales participantes.

### Análisis de los datos

El análisis de la información obtenida de los grupos se realizó en función de: espontaneidad (número de veces que una misma idea fue apuntada, de forma independiente, por distintos participantes de un mismo grupo, expresada en porcentaje sobre el número de participantes) y coincidencia (número de veces

que una idea aparecía citada por los participantes de grupos diferentes -triangulación-, calculada en porcentaje sobre el número total de grupos de discusión realizados).

La información obtenida durante las entrevistas fue analizada mediante estadísticos univariantes y bivariantes (t de Student y correlación de Pearson), intentando establecer asociaciones entre la satisfacción del paciente entrevistado y diferentes variables como: tiempo de espera (real y percibido), información o posibilidad de estar acompañado en el box.

### Resultados

En la Tabla 1 se recogen las 12 categorías correspondientes a los aspectos más valorados por pacientes y acompañantes. En el apartado de espontaneidad, la rapidez de la atención, contar con suficiente número de especialistas, amabilidad y cualificación del personal, fueron las ideas que más veces aparecieron de forma espontánea dentro de los grupos. Las ideas que más se repitieron en los diferentes grupos (valor más alto en coincidencia) fueron: la amabilidad en el trato, la atención rápida en el momento de acudir a urgencias y la implicación que parecía mostrar el personal sanitario.

La Tabla 2 recoge las 19 dimensiones que, probablemente, originan mayor insatisfacción en pacientes y acompañantes. Las que alcanzaron una puntuación mayor en espontaneidad fueron el tiempo de espera (percibido) y la falta de información sobre el estado del paciente. Los aspectos que más se repitieron como causantes de insatisfacción (coincidencia) fueron: el tiempo de espera que transcurre tras la primera atención, la falta de personal sanitario y, cuando ocurre, la carencia de especialistas.

Tabla 1. Aspectos señalados por pacientes o acompañantes como positivos (en %)

Aspecto	Espontaneidad								Coincidencia
	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3	Grupo 4	Grupo 5	Grupo 6	Grupo 7	Grupo 8	
Amabilidad en el trato	60	16,70	44,40	54,50	40	75	66,70	25	100
Atención rápida en el primer momento	80	16,70	66,70	27,30	40	50	33,30	nc	87,50
Implicación del personal sanitario	20	16,70	nc	9,10	nc	25	nc	50	62,50
Cualificación del personal sanitario	nc	nc	nc	nc	20	25	66,70	25	50
Prioridad en función de la urgencia del problema	20	nc	nc	nc	20	nc	33,30	25	50
Diagnóstico temprano	20	16,70	11,10	nc	nc	nc	nc	25	50
Existencia de especialistas	80	nc	33,30	nc	nc	25	nc	nc	37,50
Realización múltiples pruebas	20	nc	11,10	nc	20	nc	nc	nc	37,50
Explicaciones recibidas	20	16,70	nc	nc	nc	nc	nc	nc	25
Poder acompañar al paciente	20	16,70	nc	nc	nc	nc	nc	nc	25
Medios técnicos	nc	nc	nc	nc	40	nc	nc	nc	12,50
Accesibilidad	nc	nc	nc	nc	20	nc	nc	nc	12,50

nc: idea no citada por los participantes en el grupo; Espontaneidad: (número de participantes que citan una misma idea/número total de participantes en el grupo)  $\times$  100; Coincidencia: (número de grupos que citan una misma idea/8 -número total de grupos-)  $\times$  100.

Tabla 2. Aspectos señalados por pacientes o acompañantes como negativos (en %)

Aspecto	Espontaneidad								Coincidencia
	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3	Grupo 4	Grupo 5	Grupo 6	Grupo 7	Grupo 8	
Tiempo de espera	40	nc	nc	100	40	25	100	25	75
Falta de personal sanitario	20	16,70	nc	9,10	40	25	nc	25	75
Carencia de especialistas	20	16,70	11,10	nc	20	nc	nc	nc	50
Falta de información sobre el estado del paciente	nc	50	44,40	nc	20	nc	nc	nc	37,50
Errores de diagnóstico	nc	16,70	nc	nc	20	nc	nc	25	37,50
Ausencia de acompañantes	20	16,70	11,10	nc	nc	nc	nc	nc	37,50
Falta de organización	nc	16,70	11,10	9,10	nc	nc	nc	nc	37,50
Ruidos y disturbios	nc	nc	11,10	nc	20	nc	33,30	nc	37,50
Masificación	nc	nc	11,10	9,10	nc	nc	33,30	nc	37,50
Espera del enfermo después de la primera atención	nc	33,30	11,10	nc	nc	nc	nc	nc	25
Problemas con teléfonos públicos	20	16,70	nc	nc	nc	nc	nc	nc	25
Atención por médicos residentes	nc	nc	nc	nc	nc	25	nc	25	25
Falta de aparcamiento o ser de pago	nc	nc	nc	nc	20	25	nc	nc	25
Trato inadecuado	nc	nc	11,10	nc	nc	nc	nc	25	25
Más de un acompañante por enfermo	nc	nc	nc	nc	40	nc	nc	nc	12,50
Limpieza	nc	nc	nc	nc	nc	25	nc	nc	12,50
Olvido asistencia pediátrica	20	nc	nc	nc	nc	nc	nc	nc	12,50
Imposibilidad de hablar con el médico	nc	nc	11,10	nc	nc	nc	nc	nc	12,50
Falta de intimidad	nc	nc	11,10	nc	nc	nc	nc	nc	12,50

nc: idea no citada por los participantes en el grupo; Espontaneidad: (número de participantes que citan una misma idea/número total de participantes en el grupo)  $\times$  100; Coincidencia: (número de grupos que citan una misma idea/8 -número total de grupos-)  $\times$  100.

En la Tabla 3 se recogen las 14 razones apuntadas para no acudir con una urgencia a los centros de salud e ir, directamente, a “puertas de urgencias” hospitalarias. Las más citadas por los participantes de un mismo grupo (espontaneidad) fueron: la percepción de una mayor accesibilidad a medios técnicos del hospital y a la posibilidad de ser tratados por especialistas. Por otro lado, en los diferentes grupos aparecieron sistemáticamente (coincidencia) como razones para acudir directamente a urgencias del hospital: una mayor accesibilidad a medios técnicos de diagnóstico, la creencia en una mayor fiabilidad en los diagnósticos, en la rapidez de los diagnósticos y en razón de que desde el propio centro de salud “te derivan al hospital”.

Como anécdota de los grupos, relatar que en varios de ellos se repitió la idea de que el tiempo de espera para ser diagnosticado y para que se realizaran pruebas diagnósticas “aún siendo de varias horas, era menor que el que se necesita cuando vas al ambulatorio, que es de varias semanas”.

Las Tablas 4a y 4b recogen los estadísticos descriptivos de las variables consideradas durante la entrevista estructurada realizada al alta en urgencias. Los datos recogidos pusieron de manifiesto que, como media, los pacientes afirmaron haber

esperado en torno a la hora antes de ser vistos por personal sanitario especializado y que permanecieron en urgencias una media de algo más de dos horas y media. El nivel de satisfacción global con la atención recibida fue alto (por encima de 8 puntos sobre un total de 10). Como aspectos mejor valorados se citaron: el trato recibido y el nivel de confianza en los profesionales que les atendieron (Tabla 4a).

Tal como aparece en la Tabla 4b más de un 80% reconoció haber sido informado por el médico de lo que “le iba a hacer”, que casi un 80% pudo estar acompañado en el box por un familiar o amigo, que en menos del 30% de los casos los acompañantes manifestaron no tener información sobre el tiempo que debían esperar y que en más del 90% de los casos se les informó de “qué hacer” tras el alta en urgencias.

El análisis realizado puso de manifiesto que el hecho de estar acompañado en el box o de recibir explicaciones al alta, no supusieron diferencias en el nivel de satisfacción de los pacientes entrevistados. En cambio, el ser informado por el médico de lo que probablemente sucedería ( $t=2,93$ ,  $p=0,004$ ) y el que los acompañantes fueran informados del tiempo aproximado que tendrían que esperar ( $t=2,39$ ,  $p=0,019$ ), sí supusieron incrementos en el nivel de satisfacción.

Tabla 3. Aspectos señalados por pacientes o acompañantes para acudir directamente a urgencias hospitalarias (en %)

Aspecto	Espontaneidad								Coincidencia
	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3	Grupo 4	Grupo 5	Grupo 6	Grupo 7	Grupo 8	
Accesibilidad a mayores medios técnicos	60	nc	11,10	45,45	40	25	33,30	25	87,5
Precisión/fiabilidad en el diagnóstico en urgencias del hospital	40	16,70	33,30	9,10	nc	25	33,30	nc	75
Rapidez en el diagnóstico en urgencias hospitalarias	20	nc	33,30	nc	40	nc	33,30	25	62,5
Te derivan al hospital desde el centro de salud	20	16,70	22,20	nc	nc	nc	nc	25	50
Evitar pérdidas de tiempo	nc	16,70	nc	18,20	nc	25	nc	nc	37,5
Atención por especialistas	nc	nc	nc	nc	60	25	nc	nc	25
Profesionalidad de urgencias del hospital	20	16,70	nc	9,10	nc	nc	nc	nc	37,5
Gravedad del problema	20	nc	11,10	nc	nc	nc	nc	nc	25
Tardanza en atenderte en el centro de salud	nc	nc	11,10	nc	nc	nc	33,30	nc	25
Falta de información	nc	nc	nc	9,10	20	nc	nc	nc	25
Trato negativo del personal del centro de salud	nc	nc	nc	9,10	nc	nc	nc	25	12,5
Falta de consultorios en el barrio	nc	nc	nc	nc	nc	25	nc	nc	12,5
Experiencias anteriores negativas	nc	nc	nc	nc	nc	nc	33,30	nc	12,5
Desconocimiento de mi historial médico	20	nc	nc	nc	nc	nc	nc	nc	12,5

nc: idea no citada por los participantes en el grupo; Espontaneidad: (número de participantes que citan una misma idea/número total de participantes en el grupo) x 100; Coincidencia: (número de grupos que citan una misma idea/8 -número total de grupos-) x 100.

Tabla 4a. Resultados de las entrevistas estructuradas: preguntas de escala

Área explorada	Media	Desviación típica	Rango
Cuánto tiempo esperó hasta que le atendió el personal sanitario tras su llegada a urgencias	31,42 mn	36,80	1-180
Cuánto tiempo aproximadamente permaneció en urgencias	166,8 mn	142,67	4-1380
Tiempo real que permaneció en urgencias	58,84 mn	67,65	1-239
Considera adecuados los medios técnicos	7,71	2,20	1-10
Confianza en los profesionales que le atendieron	8,20	1,62	2-10
Si considera que ha recibido un trato correcto	8,69	1,34	1-10
Si le ha parecido correcta la limpieza	7,07	1,96	1-10
Nivel de satisfacción global	8,06	1,94	1-10

Tabla 4b. Resultados de las entrevistas estructuradas: preguntas dicotómicas

Área explorada	Sí	No
Durante su estancia en urgencias pudo estar acompañado por un familiar o amigo	79,9%	20,1%
Fue informado de lo que se le iba a hacer por el médico	84,1%	12,5%
Se informó a sus acompañantes del tiempo que deberían esperar	71%	29%
Le explicaron qué debía hacer al alta	96,2%	3,8%

El tiempo de espera percibido para ser visto por personal sanitario a la llegada ( $p < 0,0001$ ) y el tiempo de permanencia "percibido" por el paciente en urgencias ( $p < 0,035$ ) se relacionaron directamente con la satisfacción, de tal modo que a mayores tiempos correspondió una mayor insatisfacción. El tiempo "real" de permanencia en urgencias no mostró, en cambio, ninguna relación significativa con la satisfacción del paciente. Tiempo de espera real y tiempo de espera percibido mostraron una correlación de 0,13 ( $p < 0,01$ ).

## Discusión

A tenor de estos datos, los pacientes cuando acuden a urgencias de un hospital valoran la rapidez en la atención del primer contacto con el médico, la amabilidad del personal, la existencia de diferentes especialistas y la información que reciben. Otros aspectos, también valorados positivamente, fueron: la prontitud de la primera valoración por el médico, que el facultativo ofrezca un cierto consuelo, la posibilidad del paciente de estar acompañado en el box, la información que se facilita a los acompañantes y la disponibilidad de elementos de diagnóstico y de tratamiento con que cuente el centro. Por el contrario, la falta de información durante la espera y la demora en la atención tras el primer contacto constituyen los motivos de insatisfacción más citados. Otros elementos que provocan insatisfacción, a juicio de los participantes en los grupos de trabajo, fueron: la sensación de olvido del paciente mientras está en los boxes y observar a los profesionales "haciendo algo distinto que atender a un paciente".

Por otro lado, los entrevistados confiaban más en los hospitales que en los dispositivos de urgencias de atención primaria. Las razones son diversas pero las más sobresalientes son: la percepción de que disponen de más medios (con independencia del motivo de la urgencia) y, sobre todo, la percepción de que los diagnósticos y valoraciones de los médicos hospitalarios son mucho más precisos. También entienden que la atención es más rápida en varios sentidos. Por una parte, argumentan que en el mismo momento les realizan todo tipo de pruebas, evitando así sucesivas visitas a diferentes especialistas, con la consiguiente pérdida de horas laborales. Y, por otro lado, es un método para evitar la espera para la consulta con el especialista/s correspondiente/s. Llama la atención que el grupo de pacientes que utilizan las urgencias como estrategia para evitar las listas de espera consideren que se trate de un dispositivo saturado. Y, lo que resulta más curioso, que en muchos casos se haya argumentado que se acude al hospital porque del propio centro de salud han sido animados a ello por no disponer de medios suficientes para realizarle las pruebas necesarias, o por otras razones relacionadas.

Los datos de satisfacción obtenidos en este estudio son semejantes a los de otros estudios. Si comparamos con otros trabajos basados en encuestas de satisfacción del paciente atendido en urgencias (dividiendo la puntuación por el valor máximo de la escala, o cuando el valor mínimo sea, mediante la fórmula media -1 dividido por valor máximo de la escala -1) vemos que el rango es relativamente estrecho: estudio de Rhee *et al.*<sup>5</sup> 0,73, Gea *et al.*<sup>6</sup> 0,78, López-Madurga *et al.*<sup>7</sup> 0,84 y los 0,78 puntos de este estudio.

En este estudio hay que destacar el elevado porcentaje de pacientes que son informados de las condiciones del alta, de lo que iba a suceder probablemente o del tiempo que debían esperar los acompañantes. En este caso, la confianza en los profesionales es alta, lo que se suma a la percepción de que disponen de apropiados y suficientes medios técnicos. Algo menos valorada, en este caso, resultó la limpieza en urgencias, aunque el resultado global de la satisfacción, como hemos indicado, se encuentra en el rango de la mayoría de los estudios.

A tenor de los resultados obtenidos, parece que el principal problema no es el tiempo real de espera sino que "el tiempo en urgencias discurre más lentamente". A este respecto hay que señalar que más que el tiempo real de la espera, los comentarios e ideas aportados sugerían que si el paciente fuese informado por personal médico de las pruebas que se le van a realizar y/o el acompañante tuviese algún *feedback* del tiempo aproximado que tendría que esperar, la sensación de espera no sería tan acusada. Puesto que el tiempo percibido de demora, y no el real, se ha relacionado directamente con la insatisfacción del paciente, los resultados indican que es necesario dinamizar dichos tiempos mediante estrategias imaginativas que acorten la subjetividad de la espera.

Sin embargo, no debemos olvidar que este estudio, como otros basados en técnicas cualitativas, presenta ciertas limitaciones. La primera, la selección forzada de los participantes. Aunque se ha procurado una selección amplia, que recoja diferentes sensibilidades sobre la atención urgente, es cierto que no pueden ofrecerse garantías de representatividad de los participantes. Por otro lado, aunque los grupos de trabajo fueron abiertos y se adoptaron las precauciones metodológicas recomendadas cuando se emplean técnicas cualitativas, es posible que algunos aspectos no fueran tratados debido a sesgos de selección no controlados. No obstante, la triangulación y el método empleado en el que se combinaron las características de los grupos nominal y focal, actúan en favor de la validez de los datos obtenidos. Por último, cabe reseñar que al realizar las entrevistas en un solo hospital, se reduce la capacidad de generalización de los datos, aunque la dirección de las relaciones halladas entre variables no se vean necesariamente afectadas por este hecho.

De este estudio más que los resultados concretos obtenidos en las urgencias de un centro hospitalario, interesan sobre todo las relaciones halladas entre información, tiempos de espera percibida y real, confianza en los profesionales, el hecho de estar acompañado en el box y la satisfacción del paciente, así como las causas de satisfacción e insatisfacción aludidas por los participantes en las sesiones de grupo. Si atendemos a estos datos podrían sugerirse ciertos aspectos que incrementarían la satisfacción del paciente en urgencias y que deben contribuir a disminuir la presión sobre estos dispositivos asistenciales. Éstos son: definir estándares de tiempo para ofrecer información a pacientes y acompañantes; facilitar información sobre tiempos de espera habituales según *case-mix* de ingreso en urgencias, franja horaria del día, etc. haciendo hincapié en que dicha información está sujeta a incidencias anómalas; aprovechar las esperas para realizar acciones de educación sanitaria; y definir estándares de calidad para mantenimiento y limpieza.

## Bibliografía

1. Ochoa J, Ramalle-Gómara E, Villar A, Ruíz J, Bragado L, Gimeno C. Visitas inapropiadas al servicio de urgencias de un hospital general. *Med Clin (Barc)* 2000;115:377-8.
2. Oterino D, Peiró S, Calvo R, Sutil P, Fernández O, Pérez G, *et al.* Utilización inadecuada de un servicio de urgencias hospitalario. *Gac Sanit* 1999;13:361-70.
3. Miro O, Sánchez M, Coll-Vinent B, Millá J. Indicadores de calidad en urgencias: comportamiento en relación con la presión asistencial. *Med Clin (Barc)* 2001;116:92-7.
4. Bursch B, Beezy J, Shaw R. Emergency Department satisfaction: what matters most? *Ann Emerg Med* 1993; 22:586-91.
5. Rhee K, Bird J. Perceptions and satisfaction with emergency department care. *The Journal of Emergency Medicine* 1996;14:679-83.
6. Gea MT, Hernán M, Jiménez-Martín J, Cabrera A. Opinión de los usuarios sobre la calidad del Servicio de Urgencias del Centro Médico-Quirúrgico del Hospital Virgen de las Nieves. *Rev Calidad Asistencial* 2001;16:37-44.
7. López-Madurga T, Mozota J, Moliner J, Cuartero R, Martínez-Vidal J, Guerrero JL. Estrenamos Servicio de Urgencias, ¿mejora la satisfacción de los pacientes? *Rev Calidad Asistencial* 2001;16:164-8.
8. Quintana JM, Aróstegui I, García M, Arcelay A, Ortega M, Candelas S. Encuesta de satisfacción a pacientes de servicios de urgencias de hospitales de agudos. *Rev Calidad Asistencial* 1998;13:220-7.
9. Sun B, Adams J, Orav EJ, Rucker DW, Brennan T, Burstin H. Determinants of patient satisfaction and willingness to return with Emergency Care. *Ann Emerg Med* 2000; 35:426-34.
10. Domínguez D, Cervera E, Disdier MT, Hernández M, Martín MC, Rodríguez J. ¿Cómo se informa a los pacientes en un servicio de urgencias hospitalario? *Aten Primaria* 1996;4: 86-91.