

Grado de satisfacción de los pacientes beneficiados de un sistema de "consulta única" en cardiología

Ángela María Montijano, José Luis Zambrana, Manuel Amat y Manuela Delgado
Unidad de Cardiología. Línea de Procesos Generales del Adulto. Empresa Pública Hospital Alto Guadalquivir. Andújar. Jaén. España.

Correspondencia: Ángela M. Montijano Cabrera.
Avda. Dr. Fleming 4, 1.º 3.º. 14004 Córdoba. España.
Correo electrónico: amontijano@medynet.com

Resumen

Fundamento: Existen datos objetivos sobre el mayor rendimiento de las consultas externas tras la implantación de un sistema de "consulta única", aunque falta por conocer cómo lo percibe el paciente, es decir, su grado de conformidad, y si experimenta otras necesidades y/o demandas. Para ello, hemos realizado cuestionarios de satisfacción que recogen la opinión de pacientes cardiológicos que se beneficiaron del sistema de "consulta única".

Material y métodos: De un total de 401 pacientes consecutivos atendido como primeras visitas en nuestras consultas externas de cardiología, a 109 se les realizó alguna exploración complementaria en el mismo día, lo que permitió emitir un juicio diagnóstico también en la misma jornada. A éstos se les solicitó llenar anónimamente un cuestionario con 16 preguntas sobre distintos aspectos de la consulta (infraestructura, atención general recibida del personal sanitario, o aspectos generales informativos o burocráticos), puntuables entre 0 y 3. Se valoraron positivamente las puntuaciones iguales o superiores a 2,5.

Resultados: Un total de 104 pacientes (95%) contestó la encuesta. Los aspectos mejor valorados fueron la atención recibida y la información emitida por el personal ($2,79 \pm 0,33$). Los peor considerados, la infraestructura de la consulta ($2,35 \pm 0,72$) y, sobre todo, el tiempo de demora asistencial ($2,23 \pm 0,81$).

Conclusiones: En general, el sistema de "consulta única" en cardiología fue valorado positivamente por nuestros pacientes, y el tiempo de demora asistencial fue el aspecto más criticado. La utilización de cuestionarios de satisfacción nos permitió conocer esta información, y sirvió como complemento necesario para la evaluación objetiva de nuestra actividad asistencial.

Palabras clave: Calidad. Consulta única. Cuestionarios de satisfacción.

Introducción

La concepción de la actividad médica como un "servicio" orientado a un "cliente" está plenamente vigente y, en esta línea, la satisfacción del paciente se ha incorporado como medida de evaluación de la calidad de los sistemas sanitarios¹⁻³ de tal forma que el usuario se ha hecho partícipe de las mejoras en la calidad. Disponemos de diferentes métodos para conocer el grado de satisfacción de nuestros pacientes^{2,4-6}, entre ellos ciertas encuestas que valoran la diferencia

Abstract

Background: Objective data suggests the greater efficiency of a "just-one consultation" system in outpatients. Nevertheless patients' opinion, their acceptance of the system, and whether they have other needs and/or demands remain to be determined. To gather such information, a questionnaire was designed and delivered to cardiology patients who had already experienced the "just-one consultation" system.

Material and methods: Of a total of 401 consecutive patients who attended a "first visit" in the cardiology outpatient clinic, 109 needed additional investigations on the same day, which allowed us to make a diagnosis that day. These patients were asked to complete an anonymous questionnaire with 16 items concerning various aspects of the consultation under study (facilities, general attention provided by the healthcare personnel, general information and bureaucratic aspects) graded from 0 to 3. All items graded 2.5 or above were considered positive answers.

Results: A total of 104 patients (95%) completed the questionnaire. Aspects especially appreciated by the patients were the attention from staff and medical information (2.79 ± 0.33), whereas those less highly rated were the facilities (2.35 ± 0.72) and especially the delay in being attended (2.23 ± 0.81).

Conclusions: In general, the "just-one consultation" system in the cardiology department was positively rated by our patients. Delay in being attended received the lowest rating. The use of a satisfaction questionnaire allowed us to identify patient opinion and served as a necessary complement to the objective evaluation of our healthcare activity.

Key words: Quality. Just-one consultation. Satisfaction questionnaires.

entre la atención que ofrecemos y la que el enfermo espera recibir.

Por otro lado, en los últimos años asistimos a la promoción y puesta en marcha de nuevas formas de organización de la asistencia que, centradas en el paciente, pretenden ofrecerle mayor calidad. Un buen ejemplo son los sistemas de "consulta única" (CU) o de "alta resolución", que permiten agilizar la actuación médica al realizar en una sola jornada tanto la evaluación clínica como las pruebas complementarias pertinentes, con la emisión de un diagnóstico con su tra-

tamiento correspondiente^{7,8}. Los datos objetivos de rendimiento de las consultas externas tras su implantación son claramente beneficiosos⁹⁻¹¹, pero, si el objetivo último es ofrecer calidad, toda esta información resulta necesariamente insuficiente si se desprecian o se desconocen las carencias, los deseos y las demandas de los usuarios que disfrutan de ellos¹²⁻¹⁵.

Se intuye una percepción favorable por parte del paciente que recibe asistencia en CU⁹, pero no existen datos fehacientes que justifiquen tal suposición, pues no se han analizado pormenorizadamente las necesidades y exigencias de la población atendida de esta manera. En este artículo, a través de un cuestionario de satisfacción, tratamos de conocer la percepción de los pacientes que fueron atendidos en nuestra consulta externa de cardiología y se beneficiaron de una CU.

Material y métodos

El Hospital Alto Guadalquivir es un hospital público que garantiza la asistencia sanitaria especializada a unos 65.000 habitantes de Andújar (Jaén) y su comarca. La actividad asistencial en sus consultas externas sigue un modelo de CU. De un total de 401 enfermos consecutivos atendidos como primeras visitas en las consultas de cardiología entre noviembre de 2002 y febrero de 2003, 109 se beneficiaron de una CU tras efectuarse las exploraciones complementarias pertinentes en el mismo día. A éstos se les solicitó llenar un cuestionario de satisfacción anónimo en el que los únicos datos personales reflejados fueron el sexo y la edad. El 35,6% (n = 37) eran varones, y la edad fue de $58,67 \pm 20,78$ años. El grupo más numeroso tenía entre 70 y 80 años (n = 33; 31,7%).

Se preservó la intimidad de los encuestados para inducir mayor sinceridad en las respuestas, desestimándose investigar la influencia de variables como la situación socioeconómica o laboral, la cardiopatía o la/s prueba/s complementaria/s realizada/s. Asimismo, se invitó a los pacientes a contestar fuera del ámbito de la consulta e incluso de forma diferida, a fin de evitar el efecto falsamente positivo de la "experiencia reciente".

No se incluyó a los pacientes que no se beneficiaron de pruebas complementarias ese mismo día por considerar que, en estos casos, la atención no se diferenció de la ofrecida por otros centros sin sistema de CU, y la información que pudiera obtenerse no se correspondería con el objetivo de nuestro estudio, que era evaluar las potenciales ventajas de la CU.

Elaboramos un cuestionario de satisfacción específico para nuestra consulta externa de cardiología, tomando como referencia y adaptando, por un lado, la encuesta que aplica de forma genérica nuestro centro para conocer la opinión de sus usuarios y, por otro, la utilizada para la valoración de las consultas externas especializadas, según queda recogido en el Plan Estratégico del Servicio Andaluz de Salud. Procuramos que fuese sencillo, con frases cortas y vocabulario asequible que facilitasen una elevada participación. Incluimos 16 preguntas de opinión específicamente seleccionadas (tabla 1), cuyo contenido guardaba relación con la infraestructura de la consulta, la atención general recibida del personal

Tabla 1. Ítems incluidos en la encuesta de satisfacción y resultados de éstos^a

	Puntuación ^b
<i>Infraestructura</i>	
¿Le parece que la sala de espera es adecuada para el paciente?	$2,37 \pm 0,73$
¿Le parece que la sala de espera es adecuada para el acompañante?	$2,35 \pm 0,76$
<i>Atención recibida</i>	
¿Está satisfecho con la atención recibida del ATS/auxiliar?	$2,81 \pm 0,39$
¿Está satisfecho con la atención recibida del médico?	$2,87 \pm 0,33$
¿Considera que escuchó el médico su problema?	$2,86 \pm 0,35$
¿Está satisfecho con la información recibida sobre su enfermedad?	$2,82 \pm 0,38$
¿Está satisfecho con la información sobre las pruebas realizadas?	$2,70 \pm 0,50$
¿Está satisfecho con la información recibida sobre el tratamiento?	$2,73 \pm 0,49$
¿Le parece adecuado el informe clínico final emitido?	3 ± 0
<i>Aspectos generales</i>	
¿Le resultó fácil resolver los trámites?	$2,61 \pm 0,58$
¿Le resultó adecuado el horario de la consulta?	$2,31 \pm 0,71$
¿Le pareció adecuado el tiempo hasta que se le atendió en consulta?	$2,23 \pm 0,81$
¿Le pareció adecuado el tiempo que permaneció en la consulta?	$2,37 \pm 0,74$
¿Le parecieron adecuadas las pruebas realizadas?	$2,77 \pm 0,44$
¿Cómo considera que se atendió su problema?	$2,75 \pm 0,46$
¿Se encuentra satisfecho con el servicio recibido?	$2,86 \pm 0,44$

^aValores en media ± desviación estándar.

^bEscala de coeficiente a 3: excelente.

sanitario, o aspectos generales informativos o burocráticos. Todas las preguntas hacían referencia a aspectos modificables por nuestra actuación médica, pues se trataba de adaptar el servicio prestado a las exigencias de la población. Para la evaluación se empleó una escala de 0 a 3 (0 = deficiente, 1 = regular, 2 = aceptable, 3 = excelente), y se definieron como positivas o favorables aquellas cuyo valor era igual o superior a 2,5.

Se añadió un ítem adicional en el que los entrevistados, mediante un párrafo de texto libre, podían aportar otras ideas o sugerencias que no se hubiesen recogido con anterioridad.

Para la explotación de los datos se utilizó el paquete de programas estadístico SPSS-9.0. Los resultados se expresaron como media ± desviación estándar, asumiendo un error alfa del 5%. Las variables cuantitativas fueron estudiadas mediante la prueba de la t de Student, y para las comparaciones múltiples se utilizó un test de ANOVA.

Tabla 2. Características de los pacientes incluidos en el estudio

Procedencia	
Alta hospitalaria	6 (5,5%)
Atención primaria	63 (57,8%)
Urgencias	25 (22,9%)
Interconsulta	15 (13,8%)
Motivo de derivación	
Disnea	11 (10,1%)
Palpitaciones/trastornos de conducción	24 (22%)
Dolor torácico	14 (12,8%)
Soplo/valvulopatía	22 (20,2%)
Hipertensión arterial	23 (21,1%)
Síncope	5 (4,6%)
Insuficiencia cardíaca	2 (1,8%)
Derrame pericárdico	2 (1,8%)
Otros	9 (8,2%)
Primera vez en la consulta	
Sí	90 (82,6%)
Exploraciones cardiológicas en consulta única	
Electrocardiograma	109 (100%)
Ecocardiograma	102 (93,6%)
Ergometría	7 (6,4%)
Precisan revisión posterior	
Sí	30 (27,5 %)
No	79 (72,5 %)

Resultados

El 95% de los pacientes ($n = 104$) accedió a contestar. Las escasas declinaciones se debieron siempre a factores personales como el nivel cultural (no sabían leer y/o escribir), problemas físicos (no veían bien), etc. En ningún caso se manifestó desacuerdo en colaborar con la realización de la encuesta.

Tal como se recoge en la tabla 2, la mayor parte de los pacientes habían sido remitidos desde atención primaria para estudio. Entre los motivos de derivación destacaron la presencia de soplo cardíaco, hipertensión arterial con difícil manejo farmacológico y sospecha de trastornos del ritmo, y en ocasiones coexistía más de un motivo. Finalmente, aunque en todos los casos se esbozó un diagnóstico, hubo una pequeña proporción de pacientes que precisaron revisiones ulteriores en la consulta para seguir de cerca su evolución.

Los resultados del cuestionario quedan recogidos en la tabla 1. La evaluación global fue positiva, ya que la mayor parte de las variables obtuvieron puntuaciones de al menos 2,5. Los elementos mejor valorados se relacionaron con la atención recibida por el personal, con un promedio de $2,79 \pm 0,33$. Los peor considerados fueron la infraestructura de la consulta y algunos aspectos generales, en especial los tiempos de espera y la duración de la consulta.

Tabla 3. Resultados de la encuesta de satisfacción, distribuidos por sexos^a

	Varón	Mujer	p
Edad	$50,77 \pm 23,25$	$63,22 \pm 17,91$	0,012
Infraestructura	$2,34 \pm 0,74$	$2,39 \pm 0,70$	0,654
Atención recibida	$2,81 \pm 0,27$	$2,79 \pm 0,36$	0,121
Aspectos generales	$2,59 \pm 0,35$	$2,52 \pm 0,51$	0,068

^aValores en media \pm desviación estándar.

Cuando se compararon los 2 sexos (tabla 3) se registró mayor grado de inconformismo en la población femenina, con diferencias significativas en los aspectos generales y asistenciales. Sólo la infraestructura resultó menos valorada entre los varones, si bien esta tendencia no obtuvo significación estadística.

Distribuimos a los pacientes según su edad, asignándolos arbitrariamente a grupos de 10 años (tabla 4). Sólo existieron diferencias en los aspectos generales. Los más satisfechos tenían entre 61 y 70 años, y los menos satisfechos, entre 21 y 30 años; no existió correlación entre el grado de satisfacción global y la edad.

No se recogieron sugerencias o quejas adicionales salvo, de forma ocasional, una instancia a continuar igual, que interpretamos como un dato de conformidad.

Discusión

El interés por la calidad de los servicios hospitalarios muestra una tendencia creciente en los últimos años. Para ofrecer calidad, se tiende a contextualizar la enfermedad en un ámbito más personal y tangible que el puramente científico, y a concentrar la atención en el "paciente" no sólo como portador de una enfermedad sino también como receptor de un servicio¹, pues aunque la medicina no siempre logra curar, puede resultar útil si satisface las necesidades del paciente². Es por esto que para evaluar adecuadamente la asistencia médica hay también que conocer la opinión del enfermo, ya que si se muestra insatisfecho no percibirá calidad. En consecuencia, nuestra meta deberá ser la satisfacción del paciente como expresión subjetiva del éxito alcanzado por el sistema sanitario^{2,3,5,12,16}. Con ello, conceptos como calidad, satisfacción y evaluación se muestran asociados¹².

Estos planteamientos han inducido la proliferación de las encuestas de satisfacción, que hoy poseen un interés en alza^{2,12,17,18}. Pero el valor de estas encuestas puede ser discutible. Hemos analizado detenidamente las potenciales limitaciones que puedan plantearse, para tratar de obviarlas en el diseño de nuestro estudio. En primer lugar, la utilidad de una encuesta concreta depende directamente de su fiabilidad, es decir, de que sea capaz de detectar "qué se mide" y "cómo se mide". Para ello, deben conocerse previamente las denominadas "dimensiones de la calidad", que son las cuestiones que interesan a la población diana, y plasmarlas adecuada-

Tabla 4. Resultados globales de la encuesta de satisfacción distribuidos según grupos de edad^a

	< 20	21-30	31-40	41-50	51-60	61-70	71-80	> 80	p
Infraestructura	2,37 ± 0,52	2,19 ± 0,37	2 ± 1,22	2,57 ± 0,53	2,5 ± 0,61	2,71 ± 0,43	2,30 ± 0,78	1,92 ± 1,11	0,162
Atención recibida	2,77 ± 0,34	2,68 ± 0,23	2,7 ± 0,49	2,86 ± 0,24	2,87 ± 0,33	2,92 ± 0,21	2,74 ± 0,39	2,83 ± 0,41	0,579
Aspectos generales	2,47 ± 0,31	2,25 ± 0,10	2,43 ± 0,30	2,53 ± 0,51	2,71 ± 0,35	2,84 ± 0,26	2,44 ± 0,58	2,67 ± 0,37	0,019

^aValores en media ± desviación estándar.

mente en el cuestionario^{6,12}. Nosotros disponíamos de esta información a través de encuestas previas realizadas por nuestro hospital.

Por otro lado, su interpretación puede ser compleja por el carácter subjetivo de los factores que analiza, que son de difícil medición. Para evitarlo, el test tiene que ser simple, con preguntas comprensibles y concisas, que impliquen respuestas concretas. Secundariamente esto puede ejercer otro efecto favorable, ya que suele inducir una mayor participación de los usuarios y evita que sólo lo hagan los más satisfechos¹², lo que aporta representatividad a la muestra (*a priori*, toda la población es subsidiaria de precisar atención sanitaria). En nuestra serie, las negativas a contestar fueron escasas, lo que explicamos porque se vivenció la solicitud como un hecho muy positivo^{1,6,12,13,17,18}.

En tercer lugar, es también común registrar evaluaciones demasiado optimistas¹³, quizás porque el hecho de completar el cuestionario a la salida de la consulta puede sobredimensionar la respuesta; así pues, procuramos obviarla con la invitación a responderlo de forma diferida. Es más, consideramos que unos resultados excesivamente favorables deberían interpretarse con cautela¹⁷, por lo que decidimos ser más exigentes con su evaluación y sólo aceptamos como positivos valores superiores a 2,5.

Por último, existen otras circunstancias que podrían haber condicionado la información recogida, como factores personales (grado de formación o personalidad del encuestado) o del entorno informativo^{12,19}. El nivel de información que solicita un usuario está directamente relacionado con el conocimiento que tenga del sistema, que a su vez depende de la utilización previa de los recursos sanitarios. Teniendo esto en cuenta, hemos realizado la encuesta con el sistema de CU plenamente establecido, una vez que lo ha empleado la mayoría de los ciudadanos de la comarca y, por tanto, todos poseen un nivel de información comparable.

En otro orden de cosas, en el análisis global de los resultados, el grado de satisfacción referido por los usuarios de la atención especializada en CU fue concordante con los datos publicados referentes a atención primaria y urgencias^{12,13,19}. Es cierto que la posibilidad de establecer un diagnóstico puede acompañarse del alta desde la consulta, pero en casos concretos es preciso programar revisiones posteriores para conocer de cerca la evolución posterior. No obstante, en ambas circunstancias desaparece la incertidumbre derivada del desconocimiento del problema de salud, lo que fue siempre valorado de forma positiva por nuestros encuestados.

Por no ser el objetivo del estudio, no hemos analizado la opinión de los pacientes que no se beneficiaron de una CU y tuvieron que volver a la consulta con posterioridad para completar el estudio, pues consideramos que en estos casos no existirían diferencias con otras consultas tradicionales; creemos que el análisis comparativo de ambas formas de asistencia debe ser objeto de un estudio diferente de éste. No obstante, aunque no se han publicado, disponemos de los resultados de la encuesta de satisfacción realizada por nuestro hospital, durante el mismo período, a todos sus usuarios con independencia de que se beneficiasen o no del sistema de "alta resolución"; aunque globalmente los datos son también positivos, la proporción de pacientes "muy satisfechos" resultó ser algo menor (70%).

En nuestro estudio, las máximas puntuaciones recayeron sobre la atención del personal sanitario, seguida de la evaluación global de la calidad percibida. Sin embargo, éstas son precisamente las cuestiones más subjetivas, a las que se debe presuponer total sinceridad por parte del entrevistado, pero que puede no ser real. Como contrapartida, las menores puntuaciones se refieren a factores ampliamente aludidos, como la infraestructura o la demora asistencial². La demora es muy heterogénea en sí misma y resulta compleja de analizar; en todo caso, el enfermo suele mostrarse disconforme por exigir, la mayoría de las veces, una inmediatez en la atención que habitualmente no es posible.

Con relación al comportamiento diferencial de los pacientes, se ha destacado el sexo masculino como factor de inconformismo²⁰, aunque en nuestra serie los hombres se mostraron más satisfechos en la mayoría de las cuestiones. Coincidendo con otras publicaciones, la juventud se asoció a puntuaciones más bajas¹².

Finalmente, con todo lo expuesto, consideramos haber realizado un análisis de rigor, que nos ha permitido conocer la eficacia del sistema de CU desde la perspectiva del paciente. Además, creemos que este tipo de encuesta puede tener un valor añadido en el seguimiento periódico de nuestro ejercicio profesional. Sin embargo, también pensamos que el grado de satisfacción de los pacientes no informa sobre la calidad técnica de los recursos utilizados, por lo que debe emplearse como complemento de los datos de rendimiento de la actividad médica, y no como sustituto de ellos.

A la vista de los resultados expuestos, podemos confirmar que la implantación de un modelo de CU en las consultas externas de cardiología es valorada positivamente por los enfermos cardiológicos. El empleo de cuestionarios de satisfacción resulta imprescindible para acceder a esta informa-

ción, como también lo es para perfilar las necesidades y demandas de los pacientes atendidos. Entre los aspectos que deben mejorarse destaca el tiempo de demora asistencial, que continúa siendo la gran rémora de nuestro sistema sanitario.

En cualquier caso, el carácter exclusivamente subjetivo de los cuestionarios de satisfacción los exime de constituir la única vía de medición de la calidad, y más bien deberían utilizarse como complemento de los datos de eficiencia de la atención sanitaria que, de forma más objetiva, se obtengan por otros métodos.

Bibliografía

1. Marquet R, Pujol G, Jiménez J. Cuestionarios de satisfacción: ¿una respuesta demasiado sencilla para un tema demasiado complejo? *Cuadernos de Gestión* 1995;1:23-33.
2. Caminal J. La medida de la satisfacción: un instrumento de participación de la población en la mejora de la calidad de los servicios sanitarios. *Rev Calidad Asistencial* 2001;16:276-9.
3. Rey Martín C. La satisfacción del usuario: un concepto en alza. *Anales de Documentación* 2000;3:139-53.
4. Saturno Hernández PJ. Los métodos de participación del usuario en la evaluación y mejora de la calidad de los servicios sanitarios. *Rev Esp Salud Pública* 1995;69:163-75.
5. Mira JJ, Buil JA, Rodríguez-Marín J, Aranaz J. Calidad percibida del cuidado hospitalario. *Gac Sanit* 1997;11:176-89.
6. Bell RA, Kravitz RL, Thom D, Krupat E, Azari R. Unsaid but nor forgotten: patients' unvoiced desires in office visits. *Arch Intern Med* 2001;161:1977-84.
7. Zambrana JL, Ojeda B, Marín M, Almazán S. La consulta única o de alta resolución como una alternativa de eficiencia a la consulta ambulatoria tradicional. *Med Clin (Barc)* 2002;118:302-5.
8. Plan Funcional Hospital Alto Guadalquivir. Sevilla: Consejería de Salud. Junta de Andalucía. 1998.
9. Montijano A, Zambrana JL, Amat M, Velasco MJ, Adarraga MD, Rosa F, et al. Aplicabilidad y aportaciones del sistema de consulta única en cardiología. *Rev And Cardiol* 2003;38:69-76.
10. Bravo JM, Zambrana JL, Ruiz JA, Velasco MJ, Rosa F, Amat M. Impacto sobre el tiempo de espera del modelo de consulta única en neumología frente a la consulta convencional. *Neumosur* 2002;14:187-92.
11. Rosa F, Zambrana JL, Velasco MJ, Adarraga MD, Martos L, Marín M. Análisis de los tiempos de demora en un programa de consulta única. *Rev Calidad Asistencial* 2002;17:378.
12. González R, Hormigo AE, Blanca F, Baca A, Pérez JC, García I. Encuesta sobre satisfacción de los usuarios de una zona básica de salud. *Salud Rural* 2002;13:1-11.
13. Retamal A, Monge V. Calidad percibida por dos poblaciones adscritas a dos centros de salud de la provincia de Cuenca. *Rev Esp Salud Pública* 2003;74:275-86.
14. Varo J, Revert RM, Fuster T, Rubio E, Rubini S, García-Ibáñez JE. Las necesidades del cliente de los Servicios de Salud: diversas perspectivas. *Todo Hosp* 1996;126:11-7.
15. Parasuraman B. Calidad Total en la Gestión de Servicios. Cómo lograr el equilibrio entre las percepciones y las expectativas de los consumidores. Madrid: Díaz de Santos, 1993.
16. Ibern P. La medida de la satisfacción en los servicios sanitarios. *Gac Sanit* 1992;6:176-85.
17. Chacón F. Los estudios sobre la satisfacción de los pacientes: una aproximación crítica. *Jano* 1990;28:1116-23.
18. Kravitz RL, Bell RA, Azari R, Krupat E, Kelly-Reif S, Thom D. Request fulfillment in office practice: antecedents and relationship to outcomes. *Med Care* 2002;40:38-51.
19. Krupat E, Bell RA, Kravitz RL, Thom D, Azari R. When physicians and patients think alike: patient-centered beliefs and their impact on satisfaction and trust. *J Fam Pract* 2001;50:1057-62.
20. Fajardo J, Casado C, Gutiérrez L, Panque P, Calahorro J, Avilés B. Encuesta telefónica de satisfacción de usuarios de un servicio especial de urgencia. *Emergencias* 2000;12:20-6.