

## Utilización de la opinión de los pacientes para la mejora: 5 años de seguimiento (2001-2005)

**Jesús Rodríguez-Fernández<sup>a</sup>, José Ramón Martínez<sup>b</sup>, Dolores Montserrat-Capella<sup>c</sup>, Ana Sainz<sup>d</sup>, Matilde Cebrián<sup>e</sup>, Carmen García-Artiaga<sup>f</sup> y Victoria Muñoz<sup>a</sup>**

<sup>a</sup>Gerencia. Hospital Universitario Puerta de Hierro. Madrid. España.

<sup>b</sup>Sección de Bioestadística. Hospital Universitario Puerta de Hierro. Madrid. España.

<sup>c</sup>Unidad de Calidad. Hospital Universitario Puerta de Hierro. Madrid. España.

<sup>d</sup>Dirección Médica. Hospital Universitario Puerta de Hierro. Madrid. España.

<sup>e</sup>Servicio de Atención al Paciente. Hospital Universitario Puerta de Hierro. Madrid. España.

<sup>f</sup>Medicina Legal. Hospital Universitario Puerta de Hierro. Madrid. España.

El presente trabajo fue presentado con el título "Trasladamos la sede del hospital: utilicemos la opinión del usuario" al XXIV Congreso de la Sociedad Española de Calidad Asistencial y fue distinguido por la Dirección General de Calidad, Evaluación e Inspección como la mejor comunicación presentada por la Comunidad de Madrid en el Área de Atención Especializada.

Correspondencia: J.R. Martínez Alonso.

Sección de Bioestadística. Hospital Puerta de Hierro.

San Martín de Porres, 4. 28035 Madrid. España.

Correo electrónico: jmartinez.hpth@salud.madrid.org

### Resumen

**Objetivo:** Evaluar, desde la perspectiva de los pacientes, la evolución de la calidad en los últimos 5 años con el fin de acercarnos a sus expectativas en el nuevo hospital.

**Método:** El procedimiento utiliza como referencia los resultados de un estudio de opinión realizado en el hospital, en el año 2001, para contrastar con los resultados de las encuestas anuales y complementar con información procedente de reclamaciones escritas y demandas de responsabilidad patrimonial.

**Resultados:** Se han recibido y procesado, en el período considerado, 821 encuestas (tasa de respuesta del 22,3%), 3.756 reclamaciones y 105 demandas de responsabilidad administrativa. Las encuestas han mostrado un grado de satisfacción del 96% y el estudio de evolución ha detectado diferencias significativas en confortabilidad y capacidad de respuesta. Los motivos de reclamación más frecuentes han sido: transporte sanitario (15,3%), demora en la asistencia (12,6%) y lista de espera (9,3%). Las demandas, estimadas positivamente sólo el 20%, destacan como motivo final principal la muerte o el resultado secundario grave (59%), y como causas primordiales, la omisión de acción (42,9%) y la práctica no adecuada (22,9%).

**Discusión:** Se ha detectado un ligero empeoramiento de la opinión del paciente en los últimos 5 años, que se relaciona con un incremento de las expectativas del paciente. Los motivos de reclamaciones y demandas son independientes de los problemas destacados en el aspecto de opinión y evidencian dimensiones distintas pero coinciden en ciertos aspectos. Queda pendiente una nota de atención en el área de urgencias y, por supuesto, los problemas relacionados con el confort, cuya mejoría es fácil y evidente con la inauguración del nuevo hospital.

**Palabras clave:** Encuestas tras la hospitalización. Reclamaciones hospitalarias. Demandas de responsabilidad patrimonial. Calidad percibida. Satisfacción.

### Abstract

**Objective:** To evaluate changes in quality over a 5-year period from the perspective of patients, in an attempt to meet their expectations in a new hospital.

**Method:** The procedure takes as a reference the results of an opinion survey carried out in the hospital in 2001 and compares these results with those of annual surveys and completes them with information from written complaints and demands for accountability.

**Results:** During the period studied, 821 surveys (a response rate of 22.3%), 3,756 complaints and 105 demands for administrative accountability were received and processed. The surveys revealed a degree of satisfaction of 96%, and study of the changes detected significant differences in comfort and response capacity. The most common reasons for complaints were medical transport (15.3%), delays in receiving care (12.6%), and waiting lists (9.3%). The main reasons for demands for accountability (only 20% of which were accepted) were death or serious secondary outcomes (59%), and the principal causes were related to omissions (42.9%) or malpractice (22.9%).

**Discussion:** Patients' opinions tended to worsen slightly over the 5-year period studied, related to their increased expectations. Although the reasons for making complaints and demands were independent of the problems identified in patients' opinions and showed different dimensions, there were certain areas of overlap. Greater efforts are required in the area of emergency services and, of course, in problems related to comfort, improvement of which is easily achievable and evident with the inauguration of the new hospital.

**Key words:** Posthospital discharge surveys. Hospital-related complaints. Demands for accountability. Perceived quality. Satisfaction.

## Introducción

En un corto plazo, nuestro hospital va a trasladar su sede a un edificio de reciente construcción, lo que facilitará una mejora de la calidad en aspectos relacionados con la tecnología, el tiempo de respuesta, el confort y la accesibilidad, que debe verse complementada con la de otros elementos organizativos de comunicación con los profesionales, participación en las actividades de mejora y personalización de la asistencia. Esta situación que ofrece oportunidades para mejorar nuestros servicios y satisfacer, en lo posible, a nuestros clientes nos induce a analizar diferentes aspectos hospitalarios, entre ellos la valoración que los pacientes y familiares tienen del hospital.

La satisfacción del paciente hoy debe considerarse como un concepto multifactorial en el que influye tanto la atención prestada como las expectativas, los factores personales, los resultados y su interpretación<sup>1</sup>. Existe un contexto de cambio social reflejado en la conversión del antiguo concepto de paciente usuario en paciente consumidor, la configuración de los servicios sanitarios como un bien de consumo y la implantación de las tecnologías de la información y la comunicación que está modificando la relación médico-paciente. Esta continua evolución de las expectativas, preferencias y demandas puede llegar a superar la capacidad de reacción de profesionales en instituciones<sup>2,3</sup> y genera una cultura de la reclamación en aplicación del principio de "responsabilidad objetiva" o "de responsabilidad por riesgo creado" (producida por el simple hecho de poner un producto en el mercado) reconocido en la Constitución Española<sup>4,5</sup>.

El Hospital Universitario Puerta de Hierro realizó, en el año 2001, un detallado estudio de opinión en paralelo de dos modelos de encuesta posthospitalización<sup>6,7</sup>, de reconocido prestigio: informe del usuario<sup>8</sup>, que había sido desarrollado por investigadores del programa EMCA y la Universidad de Murcia, y SERVQHOS<sup>9</sup>, que es una adaptación al sector sanitario de la encuesta SERVQUAL<sup>10</sup>, reconocida como un instrumento sólido para detectar la calidad percibida en empresas de servicios.

El objetivo del presente trabajo consiste en conocer la satisfacción del paciente, analizar la evolución y sus influencias durante los últimos 5 años e identificar áreas de mejora.

## Metodología

### Ámbito de estudio

El Hospital Universitario Puerta de Hierro, que actúa como centro de referencia del Área 6 de Madrid, tiene una población asignada mediante tarjeta sanitaria individual de 617.936 individuos (datos correspondientes a 2005). Dispone en la actualidad de 484 camas funcionantes y su actividad en el año 2005 se resume con cifras referidas a 66.781 pacientes atendidos en urgencias, 16.393 pacientes ingresados, 154.759 primeras visitas, 352.612 visitas sucesivas, 10.840 intervenciones quirúrgicas programadas y 1.374 pacientes intervenidos de urgencia. El nuevo Hospital Universitario Puerta de Hierro de Majadahonda dispondrá de 794 camas funcionantes de hospitalización, con más de un 50%

para uso individual, estará ubicado en la zona noroeste de la Comunidad Autónoma de Madrid, prestará asistencia sanitaria directa a más de 600.000 ciudadanos de una sociedad de clase media-alta en constante crecimiento y deberá adaptarse plenamente a las necesidades de usuarios y profesionales.

### Características del estudio

Los resultados de opinión, obtenidos en el año 2001 con los dos métodos descritos<sup>6,7</sup>, presentaron una concordancia en la valoración global de la calidad que permitió establecer un nexo de equivalencia entre los valores de indicadores similares<sup>7</sup>. El estudio de evolución establece como situación de referencia del año 2001 la definida por los resultados de SERVQHOS que se complementa por los indicadores de problemas detectados por el informe del usuario.

Para la correcta interpretación de los resultados es importante destacar que en el período considerado concurrieron circunstancias especiales y se adoptaron medidas que pudieron influir en la frecuencia de reclamaciones y en los resultados de opinión. Entre las primeras, cabe señalar: epidemias de gripe, fuertes olas de calor, averías del sistema de aire acondicionado, realización de múltiples obras, huelgas de limpieza y de técnicos, supresión del reintegro de los taxis, cambio en la organización y gestión del transporte sanitario en la Comunidad de Madrid. Entre las medidas de mejora introducidas, que afectan a problemas detectados, distinguimos las que fueron tomadas con carácter institucional (ley antitabaco, obligatoriedad del personal sanitario de exhibir su tarjeta personal de identificación, determinación de 30 días como tiempo de espera máximo para intervenciones quirúrgicas) y las que han surgido como respuestas del propio hospital para mejorar su organización (programa del preaviso de alta que incluye la petición de ambulancia con 24 horas de antelación, pacto como objetivo en los servicios asistenciales de la entrega de recetas al alta del paciente, edición de un nuevo folleto informativo de funcionamiento del hospital) o sus instalaciones (reforma total en urgencias y el mantenimiento periódico de habitaciones con nuevas instalaciones de aire acondicionado y teléfono directo).

El período de estudio se fija en 5 años (2001-2005). La información de partida procede de las encuestas de opinión que se complementa, aunque analice aspectos distintos de la actividad asistencial, con la obtenida de las reclamaciones escritas y las demandas de responsabilidad administrativa.

### Encuestas

Se ajustan al modelo SERVQHOS<sup>9</sup>, estudio transversal que utiliza encuesta anónima, cuya filosofía se basa en el hecho de que el grado de satisfacción del paciente está condicionado por la relación entre la calidad esperada y la percibida<sup>11</sup> y evalúa la calidad percibida especificando la diferencia entre expectativas y percepciones, según la filosofía del paradigma de la desconfirmación. Se han realizado una vez cada año, siguiendo un procedimiento prefijado de antemano que define la población de estudio como el conjunto de pacientes menores de 72 años que, habiendo estado ingresados más de

2 días, recibieron el alta a domicilio en una unidad de hospitalización que no está catalogada como unidad especial. La muestra se determina a partir de un tamaño mínimo de 500 pacientes (estimado según parámetros, alfa = 0,05; beta = 0,20; precisión = 0,07; prevalencia esperada = 0,80, y tasa de respuesta mínima del 25%) que, en nuestro hospital, se corresponde con los pacientes dados de alta en 20 días, lo que ha llevado a concretar un período de 1 mes para conseguir una muestra de mayor precisión. El muestreo incluye a todos los pacientes que cumplían los requisitos y se les había dado el alta en ese período. La impresión en etiquetas auto-adhesivas de las direcciones de correo de los pacientes seleccionados facilita el envío de las encuestas.

El cuestionario, que posee alta consistencia interna y buena capacidad predictiva, contiene 19 preguntas referidas a aspectos clave de la atención para la valoración en una escala que va de 1 a 5. Esta información se completa con preguntas concretas sobre el grado de satisfacción general tras el alta hospitalaria (ordinal de 5 categorías, de muy insatisfecho a muy satisfecho), predisposición a recomendar el hospital (nunca, sin dudarlo, tengo mis dudas) y 2 preguntas directas sobre información recibida (variables dicotómicas). El análisis de variables con 5 opciones se ha concretado en 3 (mejor, igual y peor), así se consiguió que el uso de los 2 indicadores extremos, que denominaremos "de insatisfacción y excelencia", sea suficiente para proporcionar la información total, ya que el tercer indicador (igual a lo esperado) es complementario.

### **Reclamaciones**

Cada reclamación escrita presentada en el Servicio de Atención al Paciente se inicia con el registro en los impresos numerados específicamente destinados a esta finalidad, se pone en marcha con la apertura del expediente para solicitar información de todos los implicados, se valora el problema para subsanar las posibles deficiencias observadas y delimitar responsabilidades, y se finaliza con la emisión de un informe escrito para el usuario que describe todas las actuaciones llevadas a cabo relacionadas con el motivo de su reclamación<sup>12</sup>.

La valoración del motivo de queja se realiza mediante la clasificación establecida por la Dirección General de Atención al Paciente y Relaciones Institucionales de la Comunidad de Madrid, cuyos criterios son claros pero abarcan un amplio contenido con distribuciones de frecuencias muy diversas. Esta situación induce a especificar el significado mayoritario en nuestro hospital de los motivos más usuales, como "transporte", que incluye los problemas con las ambulancias, "demora en la asistencia" y "lista de espera", que se refiere al mismo motivo con diferente grado de urgencia, "organización y normas", que mayoritariamente indica disconformidad de los pacientes en el proceso de ingresos desde el servicio de urgencias, y "habitabilidad", que está referido a ubicación de pacientes en urgencias en espera de cama en el hospital.

### **Demandas**

Se caracterizan porque incluyen una solicitud de indemnización por daños y perjuicios, son valoradas judicialmente

según el resultado en el paciente, sin tener en cuenta la responsabilidad de los profesionales sanitarios ni el momento en que se produjo la deficiencia, y están avaladas económicamente por el Seguro de Responsabilidad Civil. El artículo 38.4 de la Ley 30/92<sup>13</sup> especifica el procedimiento, que se inicia con la apertura de un expediente enviado a la Dirección General de Calidad, Acreditación, Evaluación e Inspección, que encarga el caso a un médico inspector que solicita la información pertinente a los profesionales que hayan participado en el proceso, para hacer un informe documentado que es evaluado por la Comisión de Seguimiento (formada por el Servicio Madrileño de Salud, la compañía aseguradora y la correduría de seguro) que adopta los acuerdos por mayoría simple y, en caso de ser estimada, especifica las cuantías indemnizatorias, cuya gestión es realizada por la compañía aseguradora. En caso de disconformidad con la resolución tomada, las pretensiones que se deduzcan deberán ser demandadas ante el orden jurisdiccional contencioso administrativo<sup>14,15</sup>.

Las demandas de responsabilidad administrativa (patrimonial) están identificadas por un número y la fecha de registro en el hospital, está especificada la causa de la demanda y su situación (en instrucción, pendiente de resolución, estimada, desestimada) y, en su caso, la cuantía de la indemnización. Para su análisis en este trabajo se destacaron variables a considerar, como el perjuicio ocasionado (muerte, lesión grave o leve, retraso en el tratamiento, gastos) y causa que se achaca (práctica no adecuada o defectuosa, omisión de acción adecuada, pequeños incidentes en la práctica, falta de información, retraso en el diagnóstico).

### **Métodos informáticos y estadísticos**

Los resultados de las encuestas fueron recogidos en una base de datos utilizando el programa Access de Microsoft Office y los datos de las reclamaciones escritas y las demandas de responsabilidad patrimonial fueron grabados en hojas de cálculo de Excel. La aplicación estadística general se ha realizado con el programa SPSS<sup>16</sup>.

El análisis de las encuestas se ha iniciado con un tratamiento sistemático de frecuencias para obtener los indicadores de excelencia e insatisfacción definidos como el porcentaje de ocurrencia de conceptos adecuados a la calidad prevista (mejor-mucho mejor y peor-mucho peor) respecto del total evaluado. El estudio por dimensiones se ha realizado siguiendo la pauta establecida por el Servicio Madrileño de Salud<sup>17</sup>, que agrupa las preguntas según su relación con los aspectos de información, confortabilidad (facilidades y aspectos de las instalaciones), capacidad de respuesta, trato del personal y calidad técnica, con el fin de determinar la tasa de problemas, que se define como la proporción de resultados indicativos de problema en relación con el conjunto de situaciones (hechos evaluados) en las que se ha dado esta posibilidad. La valoración en el caso de reclamaciones y demandas, para poder establecer comparaciones entre los tres tipos de información, se ha realizado con un procedimiento de estimación indirecta que parte del axioma de una situación única con diferentes perspectivas, por lo que determinada la magnitud

total de problemas con los resultados de las encuestas, su distribución por dimensiones será proporcional al número de reclamaciones y demandas asociadas.

Los intervalos de confianza de porcentajes se han determinado por el método exacto<sup>18</sup> y la comparación de resultados en forma puntual referida a dos porcentajes se ha resuelto con la utilización del contraste  $\chi^2$  de diferencia de proporciones complementado con el uso del test exacto de Fisher en los casos en que se precise<sup>19</sup>. La evolución de opinión en el período considerado se ha valorado mediante el análisis de tendencia lineal en proporciones de Mantel-Haenszel<sup>20</sup>, cuyos cálculos han sido realizados con la utilidad Epitable de EpiInfo.

## Resultados

El estudio de opinión del paciente en el año 2001<sup>6,7</sup> valoró el grado de satisfacción con una puntuación media de 8,20 y una medida del 4,8% de pacientes "poco satisfechos". Puede considerarse un hospital cuyos usuarios indican una opinión ligeramente superior a la media, conclusión obtenida tras la comparación de las respuestas obtenidas con las de un grupo de 7 hospitales representativos del territorio INSALUD<sup>8</sup> y con las de otro de 12 de la Comunidad de Madrid<sup>17</sup>, destacando muy negativamente en confortabilidad. La encuesta informe del usuario destacó una serie de hallazgos (tabla 1) que presentaban una tasa de error mayor del 25% para establecer medidas de mejora y programar su seguimiento.

El estudio de las encuestas se ha realizado a partir de 821 cuestionarios cumplimentados recibidos que suponen una tasa de respuesta del 22,35%, con una muestra constituida por mayoría de varones (59%), y una media  $\pm$  desviación estándar de edad de  $53 \pm 14,6$  años; el 38,6% estaba profesionalmente en activo, y en cuanto al nivel cultural, el 38,4% tenía estudios universitarios frente al 7% que se declaraba sin estudios. Se consideró satisfecho el 96% de los encuestados, de éstos, el 88,5% declaró que recomendaría el hospital sin ninguna duda. Estas características han sido muy similares en cada año considerado y no presentaron ninguna diferencia significativa.

Los resultados de los aspectos clave están indicados explícitamente en la tabla 2, que señala la existencia de significatividad que destaca cambios en la evolución. Los valores de los 4 indicadores significativamente distintos en el período se muestran en la figura 1, que es complementada con el detalle de la opinión sobre el estado y la comodidad de las habitaciones (fig. 2). El estudio por dimensiones detectó diferencias significativas en confortabilidad y capacidad de respuesta, cuya magnitud puede observarse en la figura 3, que presenta gráficamente los valores de la tasa de problemas de cada dimensión en cada período.

En los 5 años considerados se han registrado, en el servicio de atención al paciente, 3.756 reclamaciones y 385 agravamientos, y se detecta una cierta tendencia al alta en el número de reclamaciones de cada año. Los motivos de reclamación más frecuentes han sido: transporte sanitario (15,3%), demora en la asistencia (12,6%), lista de espera (9,3%), organización y normas (8,5%), disconformidad con la

Tabla 1. Indicadores de insatisfacción de los problemas más destacados por la encuesta informe del usuario (2001)

Concepto de preguntas	n <sup>a</sup> (%) <sup>b</sup>	IC del 95% <sup>c</sup>
Les resultaron molestas las visitas	126 (83,3)	75,7-89,4
Más de 1 mes en lista de espera para ingresar	67 (76,1)	64,1-85,7
La ambulancia tardó más de 2 h en recogerles	19 (73,7)	48,8-90,9
Encontraron alguna cosa en malas condiciones	126 (70,6)	61,9-78,4
No recibieron recetas del nuevo tratamiento	55 (65,5)	51,4-77,8
En su ingreso no recibieron información de las normas de funcionamiento del hospital	126 (59,5)	50,4-68,2
En urgencias el personal no intentó evitar que vieran cosas desagradables	59 (55,9)	42,4-68,8
Tuvieron algún problema en el uso de la ducha y el aseo	126 (55,6)	46,4-64,4
En las instalaciones de urgencias encontraron algo que no estaba en condiciones	59 (52,5)	39,1-65,7
El personal que les atendía no se identificaba	119 (49,6)	40,3-58,9
Han visto fumar en el hospital	126 (41,3)	32,6-50,4
Encontraron algún problema en la comida	126 (40,5)	31,8-49,6
En urgencias no les atendieron con la suficiente rapidez	59 (32,2)	20,6-45,6
En urgencias sus acompañantes no tuvieron información suficiente	47 (30,0)	17,3-44,9
Su opinión, en relación a sus cuidados y tratamiento, no fue tenida en cuenta lo suficiente	110 (26,4)	18,4-35,6
No pudieron saber con facilidad el tipo de personal que les atendía	121 (24,0)	16,7-32,6

<sup>a</sup>Tamaño de la muestra.

<sup>b</sup>Relación de las respuestas positivas sobre las contestadas.

<sup>c</sup>Intervalo de confianza (IC) ( $p = 0,95$ ) del porcentaje.

Tabla 2. Resultados obtenidos con la encuesta SERVQHOS en el período 2001-2005

	Índice de insatisfacción <sup>a</sup> , % (IC del 95%) <sup>d</sup>	Índice de excelencia <sup>b</sup> , % (IC del 95%) <sup>d</sup>	Evolución <sup>c</sup> , significación
Información			
Información proporcionada al paciente	9,2 (7,3-11,5)	62,6 (59,2-66,0)	
Información facilitada a familiares	7,4 (5,6-9,4)	63,7 (60,4-67,1)	
Confortabilidad			
Apariencia del personal	4,1 (2,8-5,7)	51,1 (47,7-54,6)	
Estado y comodidad de las habitaciones	36,3 (32,9-39,7)	26,1 (23,1-29,2)	
Señalización e indicaciones	16,0 (13,4-18,6)	35,3 (32,0-38,7)	f
Acceso al hospital	27,8 (24,6-30,9)	27,5 (24,4-30,6)	
Capacidad de respuesta			
Tiempo de espera en la atención	16,0 (13,4-18,6)	45,2 (41,8-48,7)	
Puntualidad de consultas médicas	19,4 (16,6-22,2)	39,5 (36,0-42,9)	
Interés en solucionar problemas	7,0 (5,3-9,0)	63,3 (59,9-66,6)	
Disponibilidad personal	5,3 (3,9-7,1)	69,7 (66,5-72,9)	
Rapidez en consecución de lo necesario	14,1 (11,7-16,6)	45,8 (42,3-49,3)	e
Trato del personal			
Amabilidad del personal	3,3 (2,2-4,8)	75,5 (72,5-78,5)	
Trato personalizado al paciente	4,6 (3,2-6,3)	69,9 (66,7-73,1)	
Comprensión de necesidades del paciente	5,1 (3,7-6,8)	59,6 (56,1-63,0)	
Interés en cumplir lo prometido	4,8 (3,4-6,5)	65,2 (61,9-68,5)	
Interés personal de enfermería	3,8 (2,6-5,4)	72,6 (69,5-75,7)	e
Calidad técnica			
Tecnología, equipos médicos	2,2 (1,3-3,5)	60,6 (57,2-64,0)	
Preparación/capacitación del personal	2,1 (1,3-3,4)	70,7 (67,5-73,9)	
Confianza/seguridad transmitida	4,2 (2,9-5,8)	71,3 (68,1-74,4)	

<sup>a</sup>Porcentaje de individuos que han encontrado el aspecto cuestionado peor (o mucho peor) de lo esperado.<sup>b</sup>Porcentaje de individuos que han encontrado el aspecto cuestionado mejor (o mucho mejor) de lo esperado.<sup>c</sup>Valorada con el contraste para establecer diferencias en el período.<sup>d</sup>Intervalo de confianza (IC) ( $p = 0,95$ ) del porcentaje.<sup>e</sup>Significatividad del contraste: muy significativo.<sup>f</sup>Significatividad del contraste: significativo.

Figura 1. Aspectos de la encuesta que presentan diferencias en su evolución.

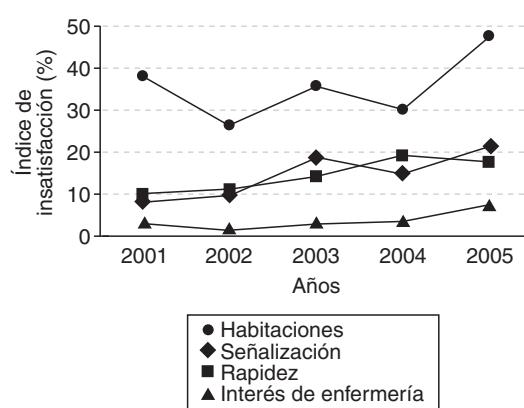


Figura 2. Frecuencia de respuestas a la pregunta sobre el estado y la comodidad de las habitaciones.

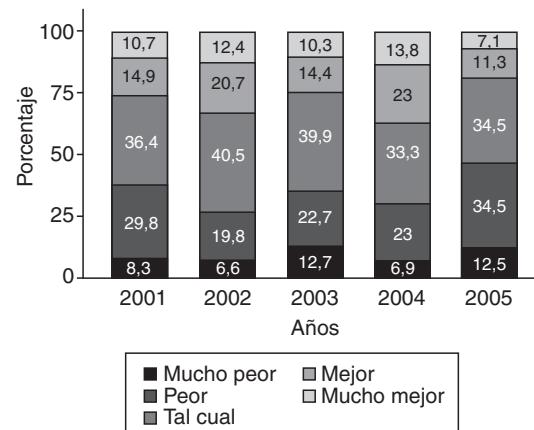


Figura 3. Valoración de las dimensiones en las encuestas.

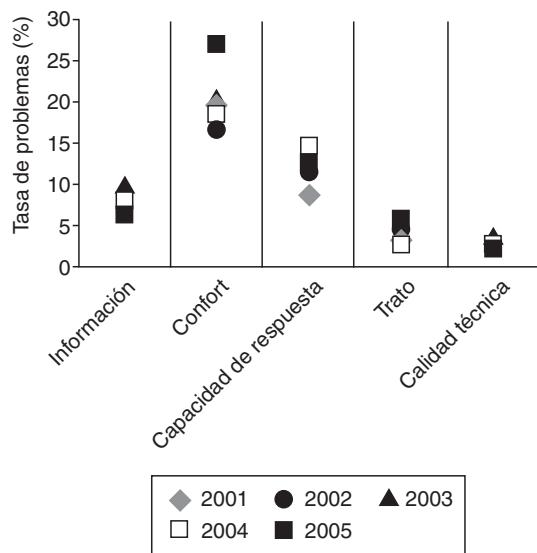
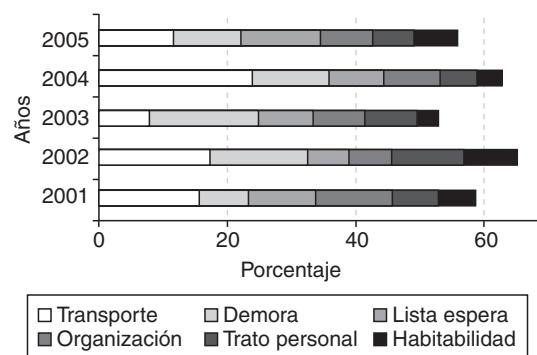


Figura 4. Distribución anual de las clases de reclamaciones más frecuentes.



asistencia (7,9%), trato personal (7,9%), habitabilidad (5,6%) y suspensión del acto asistencial (5,5%). Esta distribución, afectada por fluctuaciones asociadas a sucesos y causas externas, se mantiene prácticamente a lo largo del período (fig. 4).

En el período 2001-2005 se registraron 105 demandas de responsabilidad administrativa distribuidas respecto al año de registro en el hospital tal como indica la figura 5, que desglosa el número de demandas en cada año distinguiendo dos grupos, según sea menos o más de 1 año el tiempo transcurrido entre el día en que ocurrió el suceso objeto de la demanda y el día de registro en el hospital, y que precisa, con marcas unidas por una línea, el número de sucesos ocurridos en cada año. En noviembre de 2006 consta todavía pendiente de resolución el 26,7%, sólo se ha estimado positivamente

Figura 5. Evolución en el número de demandas.

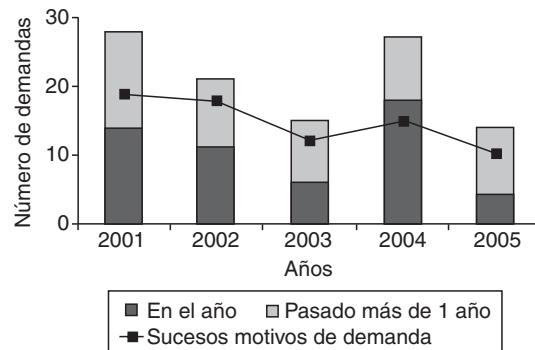
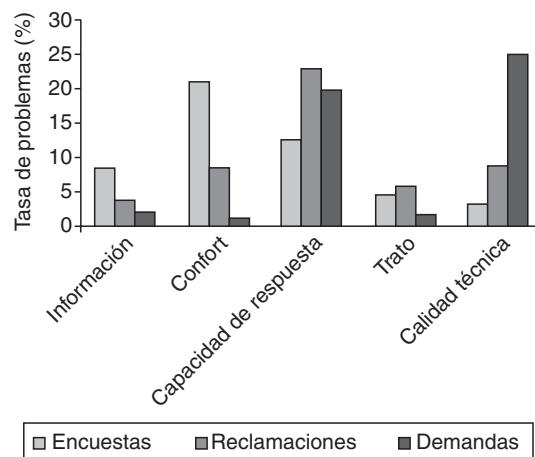


Figura 6. Valoración comparativa de las formas de manifestarse el paciente.



el 20% y se encuentra en contencioso administrativo el 75% de las demandas desestimadas. Su ámbito de utilización centra como principal perjuicio ocasionado la muerte o lesión grave (59%) y como causas primordiales destacan omisión de acción (42,9%) y práctica no adecuada (22,9%).

La valoración comparativa por dimensiones realizada a partir de la estimación de tasa de error está presentada en la figura 6.

## Discusión

La situación de partida señala que el hospital está bien considerado por los pacientes, que los problemas de confortabilidad destacan fundamentalmente como aspecto negativo y que hay una serie de problemas pendientes (tabla 1) que es preciso revisar. Los aspectos (tabla 2) que son señalados con

un índice de insatisfacción mayor del 7% (tiempo de espera, puntualidad de las consultas, rapidez e información a pacientes y familiares) evidencian áreas de mejora, mientras que los que se refieren a trato y calidad técnica destacan por un elevado valor del índice de excelencia.

Los cambios en confortabilidad, detectados en el análisis de la evolución de opinión (fig. 3) y avalados por respuestas concretas sobre habitaciones y señalización (figs. 1 y 2), se considera que se deben al mayor grado de exigencia, ya que no puede explicarse solamente por un deterioro progresivo de las instalaciones como consecuencia de su tiempo de vida útil, considerando la evidencia de un mantenimiento periódico. La peor evolución de los indicadores: rapidez en conseguir lo que se necesita (asociado a la dimensión de capacidad de respuesta) e interés personal de enfermería (fig. 1), aunque sea cuantitativamente pequeña es importante tenerla en cuenta para su mejora; su explicación puede asociarse a un mayor grado de exigencia, pero no debemos descartar que haya una ligera disminución de la calidad en el trato dispensado.

El análisis de resultados de reclamaciones escritas destaca el motivo de disconformidad con la asistencia recibida y/o tratamiento aplicado, y evidencia que hay aproximadamente 5 reclamaciones al mes (media, 4,9), que consideramos una baja puntuación, que evidencian la ausencia de problemas en este aspecto. La situación de urgencias destaca en este entorno, en su mayoría por inconvenientes derivados del desarrollo de la atención sanitaria, fundamentalmente la demora, aunque en ocasiones también se señala problemas puntuales como el uso de ambulancias, que es la causa más frecuente de reclamaciones.

Los sucesos motivo de demandas de responsabilidad patrimonial son aproximadamente 16 por año (fig. 5). El prototipo general de demandas se presenta como un fallo o error en la asistencia, debido a una omisión de acción adecuada o práctica inadecuada que ha causado muerte o lesión grave. Su distribución en períodos anuales, según fecha de registro en el hospital, carece de homogeneidad que seguramente presentaría si se utilizase la fecha en que se produjo el suceso objeto de la demanda, y la importante proporción de demandas referidas a sucesos acaecidos hace largo tiempo parece evidenciar no sólo una exigencia de resultados individuales, sino una actitud de mayor grado de exigencia social y una cultura de reclamación que evoluciona a lo largo del tiempo. Esta manifestación tardía se acompaña de lentitud en su resolución que, unido al hecho de que casi todas las demandas desestimadas en vía administrativa acuden a la vía judicial, confirma el incremento progresivo de la judicialización de la siniestralidad en los riesgos sanitarios.

Los resultados obtenidos desde el punto de vista cuantitativo (encuestas) como desde el análisis cualitativo (reclamaciones y demandas) coinciden en algunos casos, y destacan problemas concretos (transporte) o generales (atención en urgencias), pero se mueven en ámbitos diferentes (fig. 6). La confortabilidad es la dimensión peor valorada en las encuestas de opinión, es causa frecuente en las reclamaciones y casi nunca en las demandas relacionadas con una asistencia insatisfactoria por su aplicación (capacidad de respuesta) o su adecuación (calidad técnica).

El seguimiento de indicadores de los principales hallazgos detectados por el informe del usuario (tabla 1) no puede estimarse cuantitativamente con la encuesta SERVQHOS, que carece del detalle suficiente para realizarlo, pero admite un análisis cualitativo individual que deja a un lado los aspectos relacionados con el confort, fácilmente mejorables con la inauguración del nuevo hospital, para destacar aspectos susceptibles de mejora (identificación del personal sanitario, molestias del tabaco, lista de espera para ingresar, organización y gestión del transporte sanitario, entrega de recetas al alta del paciente, información sobre normas de funcionamiento) que han sido afectados por acciones institucionales y de medidas internas del hospital. Respecto a la atención recibida en urgencias, destacable en todos los aspectos de opinión medidos, debe tenerse en cuenta que los indicadores de opinión generados no son comparables con los generales del hospital al ser referencia de una población diferente que presenta características asociadas a personas y situaciones de mayor heterogeneidad.

La opinión del paciente sobre el hospital es buena y su principal problema radica en su infraestructura, que en nuestra actual situación es lo más evidente para mejorar.

En los últimos 5 años se ha detectado un ligero empeoramiento de la opinión, que puede explicarse por un incremento de las expectativas.

De cara al cambio, puede pasarse por alto el tema de confortabilidad, para centrarse en el trabajo de motivación en las personas mediante la identificación de áreas de mejora concretadas en la información a familiares y pacientes, la puntualidad de las consultas y el tiempo de espera en la atención.

## Bibliografía

1. Jovell A. El paciente "impaciente", ¿gobernarán los ciudadanos los sistemas sanitarios? *Médico*. 2003;25:66-72.
2. European Opinion Research Group. Eurobarometer 580: European Union Citizens and sources of information about health. Brussels: EORG; 2003.
3. Mira JJ. La satisfacción del paciente. Teorías, medidas y resultados. *Todo Hosp*. 2006;224:90-6.
4. Constitución Española. Boletín Oficial del Estado; n.º 311 (29-12-1978).
5. Ley 26/1984 de 19 de julio. Ley general de defensa de consumidores y usuarios. *BOE*; n.º 175 y 176 (24-7-1984).
6. Sáinz A, Martínez JR, Alonso M, Ayuso B, Caamaño C, Marco A, et al. Calidad percibida por los pacientes quirúrgicos en un hospital de alta complejidad. *Rev Calidad Asistencial*. 2002;17:284-91.
7. Sáinz A, Martínez JR, Estévez J. Informe del usuario frente a SERVQHOS. Dos formas distintas de escuchar la voz de los pacientes. *Rev Calidad Asistencial*. 2003;18:229-34.
8. Más A, Saturno PJ. Elaboración y validación de una encuesta de calidad percibida en pacientes hospitalizados. *Rev Calidad Asistencial*. 2001;16:501-7.
9. Mira JJ, Aranaz J, Rodríguez-Marín J, Buil JA, Castell M, Villaller J. SERVQHOS: un cuestionario para evaluar la calidad percibida de la asistencia hospitalaria. *Medicina Preventiva*. 1998;4:12-8.

10. Parasuraman A, Zeithaml V, Berry L. SERVQUAL: A multiple-item scale for measuring consumer perceptions of Service Quality. *J Retailing*. 1988;64:12-40.
11. Mira J, Rodríguez-Marín J, Tirado S, Sitges E. Semejanzas y diferencias entre satisfacción y calidad percibida. *Rev Calidad Asistencial*. 2000;15:36-42.
12. García-Vega J. Manual de funcionamiento de un Servicio de Atención al Paciente. *Todo Hosp*. 1992;88:19-26.
13. Ley 30/1992 de 26 de noviembre. Ley de régimen jurídico de las Administraciones públicas y del procedimiento administrativo común. *BOE*; n.º 235 (27-11-1992).
14. Ley 29/1998 de 13 de julio. Ley reguladora de la jurisdicción contencioso-administrativa. *BOE*; n.º 167 (14-7-1998).
15. Ley 12/2001 de 21 de diciembre. Ley de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid. *BOE*; n.º 55 (5-3-2002).
16. Ferrán M. SPSS para Windows. Programación y análisis estadístico. Madrid: McGraw-Hill/Interamericana; 1999.
17. Instituto Madrileño de la Salud. Encuesta de satisfacción hospitalaria en Centros del Instituto Madrileño de Salud. Madrid: IMSALUD; 2003.
18. Martín A, Luna JD. Bioestadística para las ciencias de la salud. 4.ª ed. Madrid: Norma; 1993.
19. Siegel S. Estadística no paramétrica aplicada a las ciencias de la conducta. México: Trillas; 1978.
20. Schlesselman JJ. Case-control studies: design, conduct, analysis. New York: Oxford; 1982.