

Exploración de expectativas en la población de referencia de un hospital de tercer nivel

Victoria Ruiz Romero^a, Manuel García Berral^b, Estrella Suárez del Cerro^a, Blas García Vargas-Machuca^c y Manuel Ángel Pérez Lorente^d

^aServicio de Prevención, Calidad y Medio Ambiente. Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Sevilla. España.

^bServicio de Atención al Usuario. Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Sevilla. España.

^cDirección Médica. Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Sevilla. España.

^dServicio de Radiología. Hospitales Universitarios Virgen del Rocío. Sevilla. España.

Correspondencia: V. Ruiz Romero.

Servicio de Prevención, Calidad y Medio Ambiente. Hospital San Juan de Dios del Aljarafe.

Avda. San Juan de Dios del Aljarafe, s/n. 41930. Bormujos. Sevilla. España.

Correo electrónico: vruiz@aljarafe.sjd.es

Resumen

Objetivo: Conocer las expectativas de la población a la que da cobertura el Hospital San Juan de Dios del Aljarafe con respecto a la cartera de servicios y atención prestada, conocer qué aspectos de la asistencia valoran más y cuáles menos y acercar a la población general la cartera de servicios que se presta.

Material y método: Estudio transversal en el que participan 66 ciudadanos del Distrito Sanitario Aljarafe, distribuidos en 9 grupos focales según la edad.

Resultados: Se recogen 148 expectativas que se agrupan en 8 temas y 20 categorías. Las expectativas más citadas son: información médica según pacientes y familiares demanden, conocer todos los servicios del hospital y trato amable y humano a pacientes y familiares. Sobre accesibilidad: listas de espera mínimas, mayor servicio de autobuses, mejor gestión de las citas y que se ofrezcan todas las especialidades. Otros aspectos citados: buena limpieza en las instalaciones, habitaciones individuales y confortables, coordinación y seguimiento entre atención primaria y especializada.

Conclusiones: Entre las expectativas manifestadas, se identifican aspectos que causan gran satisfacción (habitaciones individuales, trato amable), otros bien valorados, aunque el deseo es mejorarlos (listas de espera, realización de pruebas diagnósticas, gestión de citas), y aspectos claramente mejorables (transporte, más información, dar a conocer la cartera de servicios y ofrecer más especialidades).

Palabras clave: Expectativas. Satisfacción. Grupos focales.

Introducción

Las organizaciones sanitarias se están configurando en los últimos tiempos como auténticas empresas de servicios, compartiendo sus formas de gestión. En esta línea, uno de los resultados más valorados es la satisfacción del paciente porque se suele relacionar muy directamente con la calidad de los servicios que se prestan¹.

La satisfacción resulta de la comparación entre la calidad percibida y las expectativas al respecto¹. Es una exigencia ética de cualquier organización sanitaria lograr el mayor

Abstract

Objective: To study user expectations on the portfolio of services and the care provided in the hospital San Juan de Dios del Aljarafe; to find out which aspects of the care provided are the most and least valued by the users; to provide more knowledge on the portfolio of services to the general public.

Materials and method: We carried out a cross-sectional study in which 66 users of the Aljarafe healthcare district took part. They were divided into 9 focus groups according to age.

Results: We collected 148 responses on expectations that were classified into 8 subjects and 20 categories. The most common responses were: to have medical information on demand for patients and relatives, to get to know all the services provided by the hospital and to receive a friendly and humane treatment from the professionals. In terms of accessibility, the most common responses were: to have minimum waiting lists, to have a better bus service, to improve the management of appointments and that all medical specialties are offered. Other aspects mentioned were: appropriate cleanliness of the premises, single and comfortable rooms and patient follow-up and coordination between primary care and specialised care.

Conclusions: Among the types of expectations expressed by users, we identified aspects that produce great satisfaction (such as single rooms and friendly treatment), aspects that are well valued but need to be improved (such as those concerning waiting lists, performance of diagnostic tests and management of appointments) and aspects that are clearly improvable (such as transport, information, knowledge about the portfolio of services and the offer of medical specialties).

Key words: Expectations. Satisfaction. Focus groups.

bienestar del paciente como objetivo de todas sus actividades, y esto tan sólo se consigue satisfaciendo las necesidades y expectativas de los pacientes², así como la de sus familiares, conocidos y la de la población en general, como cliente/paciente potencial.

Son muchos los estudios realizados sobre satisfacción, en atención primaria (AP) y en Hospitales, en médicos y enfermeros y en pacientes con una enfermedad concreta. Barrasa et al², tras una revisión de los estudios relacionados con la satisfacción del paciente en el Sistema Nacional de Salud desarrollados entre 1986 y 2001, verifican un incre-

mento constante y continuo de publicaciones; el 48,4% de los trabajos se desarrollaron en AP; el 46%, en especializada, y el resto, en ambos. El 90% seguía un diseño metodológico cuantitativo; el 7%, una metodología cualitativa, y el resto, mixta². Sin embargo, son pocos los estudios sobre expectativas de la población respecto a la asistencia prestada en general en un hospital mediante grupos focales.

En la calidad asistencial pueden distinguirse dos componentes: la calidad intrínseca o científicotécnica, que mide la capacidad de dar respuesta a las necesidades de salud, y la calidad extrínseca o percibida, que mide la satisfacción del usuario con respecto al servicio percibido. Para valorar la calidad extrínseca suelen utilizarse encuestas de opinión o análisis de las reclamaciones; sin embargo, estas técnicas no tienen en cuenta la posible correlación entre expectativas previas al ingreso y la opinión elaborada tras el alta. La satisfacción final del cliente será el resultado de la diferencia entre la percepción del servicio recibido y las expectativas previas (habitualmente desconocidas)³.

Las expectativas pueden estar influidas por experiencias previas, por el boca a boca o las necesidades personales del paciente. Varían en función del proceso asistencial, de las características de cada paciente y de las experiencias propias en el servicio, por lo que medir expectativas es particularmente complejo⁴.

Según Thompson y Suñol, se han descrito cuatro tipos de expectativas: expectativas ideales (hacen referencia a la aspiración y el deseo), expectativas predictivas (se trata de un resultado anticipado, lo que ofrecerá el servicio, utilizadas en estudios de satisfacción), expectativas normativas (hacen referencia a lo que, según el paciente, debería ofrecer el hospital, utilizadas en estudios de calidad percibida) y expectativas no elaboradas (sin expectativas al respecto)⁴.

Son varias las teorías que explican la importancia de la relación que hay entre las expectativas y la satisfacción, destacaremos dos de ellas. En la teoría de "acción razonada", la satisfacción del paciente sería función de la evaluación de cada una de las dimensiones de la atención sanitaria y de la importancia que para ese paciente tenga cada una de ellas, conforme a la fórmula siguiente⁵:

$$\text{Satisfacción} = \sum \text{Exp}_i \times \text{Eval}_i$$

donde Exp corresponde a las expectativas y Eval a las valoraciones del paciente.

Por otro lado, en el "paradigma de la desconfirmación de expectativas", la satisfacción es función del grado de disonancia entre lo que espera el paciente (expectativa de lo que debería ocurrir idealmente) y lo que recibe (percepción de la experiencia). La satisfacción se produce cuando la percepción que tiene el paciente "cae" en la zona de tolerancia (rango en el que la atención recibida es aceptable para el paciente), o bien cuando se supera el mínimo aceptable por el paciente⁵.

Ambas teorías ponen de relieve que las percepciones del paciente acerca de la atención sanitaria no son suficientes para explicar el grado de satisfacción de un paciente y que las expectativas son fundamentales para conocer cómo vive el paciente la experiencia sanitaria^{4,5}.

Cuando hablamos de expectativas sobre servicios perecederos, la satisfacción del cliente parece ser función de las expectativas, pero cuando los servicios no son perecederos (como los servicios hospitalarios), la satisfacción del paciente está en función de las percepciones⁴.

La satisfacción del usuario, por tanto, no es sólo consecuencia del esfuerzo profesional y organizativo, depende de las vivencias, actitudes y creencias personales del paciente o futuro paciente, todo lo cual conforma sus expectativas⁵.

Las expectativas no son el nivel óptimo al que deben acercarse las prestaciones sanitarias, lo ideal es superarlas, maximizando la satisfacción de los pacientes y la calidad y ofreciendo aspectos no esperados por el usuario; así se genera una firme sensación de "buen servicio". De aquí la importancia de identificar correctamente las necesidades y expectativas de los pacientes y conocer su opinión y percepciones para que la organización trabaje y se implique en la búsqueda de la satisfacción del usuario, aumentando su calidad percibida⁶.

En los estudios de expectativas es frecuente usar una técnica de investigación cualitativa conocida como grupos focales, que consiste en una entrevista grupal dirigida por un moderador a través de un guión de temas o entrevista⁷. Los grupos focales nos permiten explorar expectativas, encontrar oportunidades de mejora e identificar los aspectos que más valoran de la atención sanitaria. Las limitaciones de esta técnica coinciden con las de cualquier técnica cualitativa, se utilizan preguntas abiertas aplicables a interpretación⁸, lo que dificulta la ordenación de los resultados y su ponderación.

El objetivo principal de este estudio es explorar las expectativas de la población a la que da cobertura el Hospital San Juan de Dios del Aljarafe (HSJDA) con respecto a la cartera de servicios y atención prestada. Se pretende conocer qué aspectos de la asistencia valoran más y cuáles menos para plantear propuestas de mejora y priorizarlas, acercar a la población general la cartera de servicios que presta el hospital y, secundariamente, promover nuevos canales de participación y de relación con los ciudadanos.

Material y método

Estudio transversal, descriptivo, en el que se utiliza una metodología cualitativa mediante grupos focales.

La población objeto de estudio la constituyen los habitantes de los 28 municipios del Aljarafe a los que da cobertura el HSJDA. La comarca del Aljarafe cuenta con una población total de 213.715 habitantes (INE, Censo 2001) y se constituye como Distrito Independiente de AP, con 9 zonas básicas de salud (ZBS), con la denominación de Distrito Aljarafe. El HSJDA da cobertura a 7 de estas 9 ZBS, además de a 2 municipios, uno de cada una de las otras 2 ZBS del Distrito Aljarafe que, por su situación geográfica, también son atendidos en nuestro hospital. El HSJDA es un hospital general básico que cuenta con un hospital regional de referencia, situado en Sevilla.

En un principio, se plantea desarrollar 15 grupos focales en los que participarían de 8 a 10 personas en cada uno, de

manera que la muestra sería de 120 a 150 personas. La distribución de los participantes en cada grupo se realiza por perfiles definidos según dos variables de homogeneidad: la edad y el mercado de trabajo/nivel de estudios. La variable sexo se reparte al 50% en cada grupo, excepto en 3 de ellos donde sólo se selecciona a mujeres, con el objetivo de identificar expectativas relacionadas con atención obstétrica y pediátrica. Como variables de heterogeneidad se tiene en cuenta las ZBS del distrito y la distancia de los municipios al HSJDA.

Para seleccionar los componentes de los grupos, se contactó con una cartera de informantes clave identificados en cada municipio del área, integrada por los responsables de Participación Ciudadana de cada Ayuntamiento o su equivalente y por los presidentes de las asociaciones locales culturales y de ocio (se prescindió de las asociaciones de enfermos, para evitar que el discurso se centrase en los problemas específicos derivados de la enfermedad de estos pacientes).

No todos los informantes clave prestaron su colaboración, por lo que no fue posible seleccionar participantes de cada uno de los municipios del área, otros ofrecieron su ayuda pero no consiguieron captar participantes para algunos perfiles propuestos. Además, un número importante de los seleccionados no se presentó, con o sin aviso previo de su ausencia. De esta manera, nos vimos obligados a reducir el número de grupos y participantes, teniendo en cuenta como variable de homogeneidad únicamente la edad; la distribución por sexo fue del 68% de mujeres frente al 32% de varones. La muestra definitiva ha sido de 66 participantes, distribuidos en 9 grupos focales.

Cada grupo contó con un moderador y un observador. El moderador presentó los objetivos del estudio y en qué consistía la técnica y, mediante la pregunta abierta, estimulaba la participación de todos. Posteriormente, se siguió la guía temática para dar la oportunidad a que se explorasen en todos los grupos los temas de interés para el centro. Para no contaminar las expectativas, el moderador no discutía las reflexiones de los participantes, y no debía mostrar preferencias o rechazos que influyeran en los participantes hacia una opinión determinada o una posición en particular, sí permitía que se debatiesen entre ellos los temas expuestos, interviniendo en los casos en que el debate se repetía demasiado o se desviaba del tema principal de análisis.

El observador tomó nota de los comentarios de los participantes y grabó la sesión en formato audio, posteriormente transcribió la información de manera literal. En una segunda fase, cada observador extrae de los comentarios recogidos las expectativas y opiniones de los participantes y las incorporó en una plantilla facilitada por el coordinador del estudio, clasificándolas según los temas y las categorías propuestas en dicha plantilla; en el apartado "otras" se colocaba las que no podían ser asignadas a ninguna de las categorías de las que se partía. La clasificación fue revisada paralelamente por 2 profesionales, se puso en común y, en caso de desacuerdo, se llegó a un consenso, hasta clasificar todas las aportaciones recogidas.

Se ha considerado el número de personas que apoyaban la idea dentro del grupo y el número de veces que una idea aparecía citada por los participantes de los diferentes grupos.

Los moderadores y observadores habían recibido formación previa para desarrollar grupos focales y se les entregó un guión de ayuda con información al respecto; a pesar de ello, el desarrollo del grupo focal puede estar influido por el líder o moderador, asimismo la información recogida puede variar según la interpretación del observador. Para mejorar la validez, 2 investigadores realizaron el análisis; no obstante, resulta complejo por la diversidad de aportaciones recogidas y es inevitable la subjetividad inherente a los estudios cualitativos.

La pregunta realizada fue: ¿Qué es lo que a ustedes les gustaría encontrar en el caso de que en algún momento requiriesen asistencia sanitaria de cualquier tipo en el HSJDA? La guía temática recogía estos temas:

- Accesibilidad: procesos de contacto con el hospital (citas, dudas), transporte público, conocimiento de la cartera de servicios, listas de espera y aspectos relacionados con la visión del hospital como público o privado.

- Información: sobre el proceso asistencial, para la continuidad asistencial, acompañamiento o sensación de seguridad durante el tránsito por el hospital.

- Continuidad asistencial: coordinación entre médicos de AP y especializada.

- Competencia técnica de los profesionales: resultados sanitarios y el proceso asistencial.

- Confort: instalaciones, sensación de acogida, señalización, hostelería.

- Otros aspectos: confianza, garantía, organización.

Resultados

En este estudio han participado 66 ciudadanos distribuidos en 9 grupos focales, de 5 a 12 personas en cada uno, 45 (68%) mujeres y 21 (32%) varones. Como variables de heterogeneidad se ha tenido en cuenta las ZBS del distrito y la distancia de los municipios al HSJDA; sin embargo, se ha contado con un mayor número de participantes (68%) de los municipios más cercanos al centro (< 8 km); la ZBS de Castillo resultó la más participativa, con 26 (39%) ciudadanos.

Los ciudadanos vivieron como una experiencia positiva su participación en este proyecto y nos manifestaron su deseo de colaborar en otros proyectos del centro. Muchos de ellos nunca habían visitado el hospital y aprovecharon para ver las instalaciones. Los resultados del estudio se transmitieron, entre otros, a la dirección del Distrito Sanitario del Aljarafe, y se planteó promover nuevos canales de participación y de relación con los ciudadanos, repitiendo estudios de expectativas en el hospital, pero por servicios y ampliándolos al ámbito de atención primaria.

Se recoge un total de 148 expectativas, opiniones y comentarios aportados por los participantes, que se agrupan en 8 temas y 20 categorías (tablas 1-6). Al tratar la información, observamos que muchas de las expectativas se repiten, tanto dentro de los grupos como en grupos distintos, por ello, aunque no es lo habitual en un estudio cualitativo, hemos recogido, en las tablas referidas, cuántas veces las personas apoyan las aportaciones dentro de los grupos y en cuántos grupos

Tabla 1. Expectativas relativas a la accesibilidad

Categorías	Expectativas	Grupos (personas) ^a	Total ^b
Accesibilidad física			
Transporte	Que se dé un mayor servicio de autobuses en cuanto a recorrido y horarios	D (1), C (1), G (3), E (5), I (2), H (2), B (4)	7 g, 18 p
Transporte	Que los autobuses estén adaptados para personas mayores y discapacitados	D (2)	1 g, 2 p
Transporte	Que se desplacen las paradas de autobuses y taxis lo más próximas a la puerta del hospital	C (1), I (1)	2 g, 2 p
Transporte	Que las ambulancias estén dispersas en los municipios a los que cubrimos para mayor rapidez en urgencias	D (7)	1 g, 7 p
Transporte	Que haya un mayor servicio de ambulancias	G (3)	1 g, 3 p
Ubicación	Buena ubicación del centro con respecto a la zona de cobertura	F (4)	1 g, 4 p
Indicaciones en hospital	Que haya mejores indicaciones cuando se llegue al hospital	G (2)	1 g, 2 p
Indicaciones en hospital	Que se indique mediante paneles informativos el recorrido a seguir dentro del hospital (áreas)	D (2), F (3), C (1), A (2)	4 g, 8 p
Indicaciones en hospital	Que me digan hacia dónde tengo que ir dentro del Hospital	I (2)	1 g, 2 p
Barreras arquitectónicas	Ausencia de obstáculos arquitectónicos que impidan el acceso físico	A (2)	1 g, 2 p
Cartera de servicios			
Aumentar la cartera	Que se oferten más/todas las especialidades sanitarias en el hospital	D (3), G (4), E (6), B (3), F (1)	5 g, 17 p
Aumentar la cartera	Más servicios	B (1)	1 g, 1 p
Una especialidad	Que exista paritorio en el hospital	D (7), I (2), C (1)	3 g, 10 p
Una especialidad	Que se implante la especialidad de pediatría	C (1), I (3)	2 g, 4 p
Una especialidad	Que el servicio de urgencias cuente con especialidades diversas	F (3)	1 g, 3 p
Una especialidad	Que exista pediatría de urgencias	B (1)	1 g, 1 p
Una especialidad	Que se implante la especialidad de fibromialgia	G (3), F (3)	2 g, 6 p
Una especialidad	Que se implante la especialidad de anorexia y bulimia	G (3)	1 g, 3 p
Una especialidad	Que se implante la especialidad de ginecología	I (2)	1 g, 2 p
Una especialidad	Que se implante la especialidad de cardiovascular	E (3)	1 g, 3 p
Otros servicios	Dotar a los pacientes de información y medios para la prevención de enfermedades. Medicina alternativa	A (1)	1 g, 1 p
Otros servicios	Que se haga campañas o cursos para la población de educación para la salud	F (3), C (4)	2 g, 7 p
Otros servicios	Ante situación de urgencia y duradera en el tiempo, que el paciente reciba atención psicológica y emocional		
Otros servicios	Que las compañías privadas de sanidad se atiendan en el Hospital	F (3)	1 g, 3 p
Otros servicios	Que no se remita al HSJD Sevilla cuando son terminales porque psicológicamente sufren más al saberlo	E (3)	1 g, 3 p
Otros servicios	Que se incluyan reconocimientos médicos a extranjeros (niños de acogida en verano)	E (6)	1 g, 6 p
Lista de espera			
Acortar listas de espera	Que las listas de espera sean mínimas en general	D (3), C (1), H (2), E (4), I (3), A (4), F (2), B (3)	8 g, 22 p
Tiempo de espera	Que el tiempo de espera sea menor en el servicio de urgencias	D (3), E (8), G (6)	3 g, 17 p

(Continúa en la página siguiente)

Tabla 1. Expectativas relativas a la accesibilidad (*Continuación*)

Categorías	Expectativas	Grupos (personas) ^a	Total ^b
Tiempo de espera	Que las pruebas diagnósticas sean muy rápidas en urgencias	I (1), G (2), D (1)	3 g, 4 p
Tiempo de espera	Que las urgencias infantiles sean más ágiles, se acorte el tiempo de espera y no haya masificación	H (2), A (2)	2 g, 4 p
Tiempo de espera	Que no haya masificación en las consultas ni se retrase el tiempo de espera en ellas	I (2), H (2), F (3)	3 g, 7 p
Acorzar listas de espera	Que sean menores las listas de esperas para acceder a las citas a consultas externas	F (9), G (3)	2 g, 12 p
Gestión de citas	Que haya una mejor gestión de citas en general	I (5), G (3), F (3), B (1), A (5)	5 g, 17 p
Gestión de citas	Contacto telefónico ágil (“que no te mantengan a la espera el personal administrativo ante cualquier consulta telefónica; que exista mayor servicio de telefonía para citas”)	D (2), G (5)	2 g, 7 p
Gestión de citas	Que las citas sean dadas aprovechando que el paciente se encuentra en el centro	I (2)	1 g, 2 p
Acto único	Acto único (que todo el proceso asistencial se lleve a cabo en el mismo hospital y al mismo tiempo y medios suficientes para realizar todas las pruebas en un mismo día)	A (3), E (4), D (1)	3 g, 8 p
Información	Información sobre los tiempos de espera	A (2), D (2)	2 g, 4 p
Visitas			
Restricción	Control del acceso a las visitas de los pacientes, debería restringirse	C (1)	1 g, 1 p
Libres	Que haya horario de visitas libres para los pacientes	G (3)	1 g, 3 p

^aCada grupo se identifica con una letra seguida del número (entre paréntesis) de personas de ese grupo, así D (1) significa 1 persona del grupo D.^bNúmero de grupos y número de personas en total que manifiestan cada expectativa, así 2 g, 6 p indica 2 grupos y 6 personas.

aparece una misma expectativa u opinión. A continuación se destacan algunas de ellas.

La accesibilidad preocupaba a muchos participantes. Se ha demandado un mayor servicio de autobuses en cuanto a horarios y recorridos, “que exista una buena red de transporte público desde los pueblos de la zona al hospital” y se planteaba la necesidad de mejorar las indicaciones dentro del hospital, “que se indique mediante paneles informativos el recorrido a seguir dentro del hospital”.

Casi en la totalidad de los grupos se manifestaba el deseo de que las listas de espera fuesen mínimas, “acortar la espera en urgencias”, “aumentar la rapidez de las pruebas diagnósticas”. La gestión de citas debía mejorar, “que las consultas no estuviesen masificadas” y que hubiese “consultas de acto único”.

En cuanto a la cartera de servicios, los participantes esperaban que se ofertasen “más” o “todas” las especialidades médicas, atención al parto, pediatría, educación para la salud

Tabla 2. Expectativas relativas a la empatía

Categorías	Expectativas	Grupos (personas) ^a	Total ^b
Trato, amabilidad			
	Que sea agradable en la acogida y en la estancia	F (9), I (7), A (1)	3 g, 17 p
	Que se tenga un trato amable y humano con los pacientes y familiares	D (2), C (1), G (3), F (12), E (3), A (1), B (2)	7 g, 24 p
	Que ante situación de urgencia, los médicos sean amables con el paciente para alcanzar mayor confianza	I (1)	1 g, 1 p
	Que el personal administrativo trate a los pacientes con amabilidad	I (1), A (1)	2 g, 2 p

^aCada grupo se identifica con una letra seguida del número (entre paréntesis) de personas de ese grupo, así D (1) significa 1 persona del grupo D.^bNúmero de grupos y número de personas en total que manifiestan cada expectativa, así 2 g, 6 p indica 2 grupos y 6 personas.

Tabla 3. Expectativas relativas a la información

Categorías	Expectativas	Grupos (personas) ^a	Total ^b
Proceso asistencial			
Contenido	Que la información médica sea en función de lo que el paciente y los familiares demanden, y de modo claro y concreto, sin tecnicismos	D (8), H (4), E (3), F (1), A (9), G (5), C (2)	7 g, 32 p
En urgencias	Que informen del proceso asistencial a las familias ante ingreso en urgencias	I (3), C (1)	2 g, 4 p
En UCI y observación	Que se informe con más frecuencia desde UCI y observación	B (4)	1 g, 4 p
Contenido	Que se dé información al paciente sobre pruebas, estadísticas, nuevos recursos, etc.	C (1)	1 g, 1 p
Por escrito	Que se dé una información clara, por escrito, al paciente y los familiares del proceso asistencial	H (2)	1 g, 2 p
El informante	Que se cree una figura que actúe como informante clave y personifique la información que el paciente requiera	C (1), D (7), I (4)	3 g, 12
El informante	Que el informante siempre sea un enfermero/a	I (4)	1 g, 4 p
El informante	Que el informante siempre sea un médico/a	C (1), I (2)	2 g, 3 p
Horario	Que haya horarios fijos para recibir la información por parte de los médicos	G (3)	1 g, 3 p
Familiar	Que el familiar esté con el médico cuando éste pasa la visita en la habitación del paciente	H (2)	1 g, 2 p
General	Ser informados	B (3)	1 g, 3 p
Por escrito	Claridad en la letra de las recetas	B (2)	1 g, 2 p
Tiempo de estancia	Saber cuánto tiempo se prevé que se va a estar y cómo se desarrollará la estancia	B (6)	1 g, 6 p
Por escrito	Información sobre cuidados consensuada y por escrito	B (3)	1 g, 3 p
Claridad	Que los médicos, ante cualquier consulta, respondan claramente y no con evasivas ni dando pie a confusión	D (1), C (1)	2 g, 2 p
Escucha activa	Que los profesionales que atienden escuchen activamente al paciente	D (1)	1 g, 1 p
Idiomas	Que los profesionales estén cualificados para hablar al menos un idioma extranjero	D (3)	1 g, 3 p
Claridad	Que el médico de atención primaria aclare dudas	B (3)	1 g, 3 p
Cartera de servicios			
En hospital	Que se dé a conocer por cartelería las especialidades que hay en el Hospital	I (2)	1 g, 2 p
Desde fuera	Que desde los ambulatorios se haga difusión de las especialidades que hay en el hospital	E (5), C (1)	2 g, 6 p
Desde fuera	Que se dé a conocer todos los servicios de que dispone el hospital mediante buzoneo o por otro tipo de difusión	E (9), F (3), G (3), C (2), A (3), D (4), I (2)	7 g, 26 p
Varios			
Identificación de médicos	Que se dé a conocer el nombre de los médicos	E (2)	1 g, 2 p
Reclamaciones	Que ante una reclamación te digan detalladamente todos los pasos a dar	I (2)	1 g, 2 p
Documentación clínica	Accesibilidad a la documentación clínica	B (1)	1 g, 1 p
Funciones del cuidador	Que informen sobre cuáles son las funciones del cuidador y cuáles las del personal	B (1)	1 g, 1 p
Buzón	Buzón de sugerencias	B (2)	1 g, 2 p
Folletos	Folletos informativos disponibles	B (1)	1 g, 1 p

^aCada grupo se identifica con una letra seguida del número (entre paréntesis) de personas de ese grupo, así D (1) significa 1 persona del grupo D.^bNúmero de grupos y número de personas en total que manifiestan cada expectativa, así 2 g, 6 p indica 2 grupos y 6 personas.

Tabla 4. Expectativas relativas al confort

Categorías	Expectativas	Grupos (personas) ^a	Total ^b
Hostelería			
Comida	Calidad en las comidas, sanas y adecuadas a las necesidades de cada paciente (ejemplo, menús para celíacos)	E (1), F (3), B (1)	3 g, 5 p
Comida	Que haya horarios de comidas más ajustados a la realidad	G (1)	1 g, 1 p
Comida	Que haya variedad de platos para elegir	G (1)	1 g, 1 p
Cafetería	Que haya servicio de cafetería 24 horas	F (1)	1 g, 1 p
Lencería	Que se cambie el color de los pijamas amarillos	E (1)	1 g, 1 p
Limpieza	Que haya buena limpieza en todas las instalaciones (incluidas habitaciones)	G (1), F (1), I (2), D (3), A (2), B (1)	6 g, 10 p
Instalaciones			
Habitaciones	Que las habitaciones sean individuales y confortables para pacientes y familiares	G (2), F (1), I (3), C (2), B (1), D (1)	6 g, 10 p
Mobiliario	Que los sillones sean cómodos para los acompañantes	A (6), B (4)	2 g, 10 p
Salas de espera	Que las salas de espera estén adecuadas para su fin	D (1)	1 g, 1 p
Climatización	Buena climatización	A (3)	1 g, 3 p
Televisión	Que haya televisión gratis o más económica en las habitaciones	G (1)	1 g, 1 p
Televisión	Que las habitaciones tengan tele y DVD	D (1)	1 g, 1 p
Habitaciones	Habitaciones individuales y según afición y edades se podría compartir las	A (7), C (2), I (1)	3 g, 10 p
Atención	Atención personalizada a familiares (cama, comida, dieta para diabético, sillón cómodo)	B (4)	1 g, 4 p
Ambiente	Ambiente agradable, bien organizado, tranquilidad, confianza, flores	B (2)	1 g, 2 p
Ambiente	Sentirse como en casa	B (1)	1 g, 1 p
Intimidad			
Que haya medios físicos para garantizar la privacidad en el servicio de urgencias	F (1)	1 g, 1 p	
Que haya mayor intimidad en el hospital de día	F (1)	1 g, 1 p	
Sala de observación individual	B (1)	1 g, 1 p	
Sala de observación pediátrica individual	B (1)	1 g, 1 p	
Acompañamiento			
Que haya acompañamiento y mayor seguridad cuando se llegue al hospital	G (1)	1 g, 1 p	
Que haya alguien que acompañe al paciente	B (1)	1 g, 1 p	
Que se asegure un acompañamiento a las nuevas visitas	C (1)	1 g, 1 p	
Que los pacientes de urgencias estén acompañados por un familiar y el resto en una sala aparte	A (1)	1 g, 1 p	
Ruidos			
Que se respete el silencio en el servicio de urgencias	F (2)	1 g, 2 p	
Que haya tranquilidad en la zona donde se encuentra ubicado el hospital	F (1)	1 g, 1 p	

^aCada grupo se identifica con una letra seguida del número (entre paréntesis) de personas de ese grupo, así D (1) significa 1 persona del grupo D.^bNúmero de grupos y número de personas en total que manifiestan cada expectativa, así 2 g, 6 p indica 2 grupos y 6 personas.

a la población, incluso “reconocimientos médicos a niños de acogida en verano”.

Se recogieron 17 expectativas referentes al proceso asistencial, entre ellas, “que la información médica fuese en función de lo que el paciente y sus familiares demandasen, clara

y concreta, sin tecnicismos”, se concretaba en dos grupos, en uno, “que se informase a la familia del proceso asistencial de un paciente que accede a urgencias” y, en otro, “que se informase más desde UCI y observación”. Se hacía alusión a un “informante clave”.

Tabla 5. Expectativas relativas a la competencia profesional y la continuidad asistencial

Categorías	Expectativas	Grupos (personas) ^a	Total ^b
Competencia profesional			
Profesionalidad/experiencia			
Que el personal tenga experiencia		E (3), B (1), F (1)	3 g, 5 p
Que tengan más experiencia los profesionales en el servicio de urgencias		G (1)	1 g, 1 p
Que las personas que atiendan sean profesionales		F (2), B (1)	2 g, 3 p
Se duda de la profesionalidad de los profesionales jóvenes		C (1), B (2)	2 g, 3 p
Que se mejore la mala imagen del hospital por presencia de personal joven		E (3)	1 g, 3 p
Se confía en la profesionalidad de los profesionales jóvenes y en su formación		D (4)	1 g, 4 p
Que sean buenos especialistas		F (1)	1 g, 1 p
Que los médicos de urgencias sean especialistas		A (1)	1 g, 1 p
Que haya mayor acierto en los diagnósticos		E (4)	1 g, 1 p
Varios			
Que se lleve a cabo una atención eficaz en su sentido genérico		D (1)	1 g, 1 p
Que se asuman las responsabilidades		B (1)	1 g, 1 p
Que todos los tratamientos, intervenciones, cuidados, etc., sean consensuados por los médicos		D (3), B (3)	2 g, 6 p
Continuidad asistencial			
Intrahospitalaria			
Que haya continuidad en la asistencia a pesar de los cambios de turno de los profesionales		F (2), B (2)	2 g, 4 p
Continuidad en los turnos en urgencias		B (3)	1 g, 3 p
Que las historias clínicas estén sistematizadas para mayor acceso de todos los profesionales		D (4)	1 g, 4 p
Que haya buena comunicación y fluidez con los médicos para procesos, técnicas diagnósticas, etc.		G (2)	1 g, 2 p
Extrahospitalaria, entre niveles			
Continuidad en el servicio de consultas externas, mejor seguimiento a los enfermos crónicos que las visitan		F (2), G (2)	2 g, 4 p
que se haga seguimiento del paciente tras una intervención sanitaria		I (1), 4 (1)	2 g, 2 p
Que haya coordinación y seguimiento entre los profesionales de primaria y hospital		G (2), C (1), I (1), F (7), B (1)	5 g, 12 p
Que le llegue informe de alta o otra información al médico de AP		B (1)	1 g, 1 p
Que el tratamiento que da el especialista sea el mismo que el de cabecera y no cambien los medicamentos		D (2)	1 g, 2 p

^aCada grupo se identifica con una letra seguida del número (entre paréntesis) de personas de ese grupo, así D (1) significa 1 persona del grupo D.^bNúmero de grupos y número de personas en total que manifiestan cada expectativa, así 2 g, 6 p indica 2 grupos y 6 personas.

Respecto a las necesidades de información, deseaban “que se diese a conocer todos los servicios del hospital mediante buzoneo u otro tipo de difusión”, así como “que se informase sobre listas de espera”.

La atención al paciente debía ser adecuada en tiempo y según las necesidades, una “atención personalizada, adecuada a las necesidades de los pacientes”, “que las consultas no estuviesen masificadas”, pero “que se dedicase el tiempo necesario a los pacientes”.

Los participantes deseaban “profesionales con experiencia”, “buenos especialistas”; “que todos los tratamientos, in-

tervenciones, cuidados, etc., fueran consensuados por los médicos”. Se demandaba suficiente personal (en general) para atender bien a los pacientes, sobre todo médicos, y que se dispusiese del instrumental adecuado.

Se deseaban habitaciones “individuales”; en general, los participantes conocían que todas las habitaciones del hospital son individuales, por ello nos sorprendió que algunos manifestasen “que se podría compartir las dependiendo de las edades y enfermedades de los pacientes”. También deseaban que fuesen “confortables para pacientes y familiares”, “sillones cómodos para los acompañantes”. Se solicitaba una bue-

Tabla 6. Expectativas relativas a la asistencia sanitaria y otros aspectos

Categorías	Expectativas	Grupos (personas) ^a	Total ^b
Asistencia sanitaria			
Proceso asistencial			
General	Que se dé una buena asistencia sanitaria en su sentido genérico	I (2)	1 g, 2 p
General	Que me lleve una buena impresión, tras una intervención	I (1)	1 g, 1 p
Atención personalizada	Que sea una atención personalizada, adecuada a las necesidades reales	F (2), B (4), I (2), D (1)	4 g, 9 p
Rapidez	Que haya rapidez en la asistencia sanitaria	G (2), B (3)	2 g, 5 p
Rapidez	Que no se demore en exceso el proceso asistencial debido a las interconsultas	F (1)	1 g, 1 p
Rapidez	Que se agilicen las pruebas analíticas, tanto las solicitadas en urgencias como las procesadas en el hospital desde atención primaria	F (1)	1 g, 1 p
Tiempo de atención	Que en caso necesario se tenga más tiempo a los pacientes en observación	G (2)	1 g, 2 p
Tiempo de atención	Que se mantenga el tiempo de atención en la consulta (actualmente muy bueno)	E (5)	1 g, 5 p
Tiempo de atención	Que se le dedique el tiempo correspondiente a cada paciente	F (2)	1 g, 2 p
Priorizar	En urgencias, atender antes a los pacientes más graves	A (1)	1 g, 1 p
Priorizar	Que las patologías externas sean valoradas tan urgentes como las internas	D (1)	1 g, 1 p
Rapidez	Que haya rapidez para la solución de problemas	F (3)	1 g, 3 p
Rapidez	Que el problema se solucionara con la primera asistencia en urgencias	F (1)	1 g, 1 p
Toma de decisiones	Tener en cuenta al paciente en la toma de decisiones en su proceso asistencial	A (1)	1 g, 1 p
Un responsable	Que haya una persona responsable del proceso asistencial del paciente	B (3)	1 g, 3 p
Recursos materiales			
Que se disponga del instrumental adecuado		E (4), B (1)	2 g, 5 p
Ante urgencia que me faciliten los medicamentos		I (1)	1 g, 1 p
Suficientes carros y camillas		A (1)	1 g, 1 p
Recursos humanos			
Que la falta de personal no afecte nunca a la atención de los pacientes		D (1)	1 g, 1 p
Suficiente personal sanitario		A (4), B (4)	2 g, 8 p
Que aumente el número de enfermeros y celadores en urgencias		I (2)	1 g, 2 p
Suficiente personal médico para asistir: menor carga de trabajo para los médicos		B (1), G (2)	2 g, 3 p
Suficiente personal para que el familiar no tenga que suplirlos y pueda descansar		B (3)	1 g, 3 p
Que se aumente el personal de limpieza en urgencias		E (2)	1 g, 2 p
Otros aspectos			
Organización	Rapidez en las gestiones	I (5)	1 g, 5 p
	Que haya una figura en el hospital para agilizar un problema de salud que se demora	F (1)	1 g, 1 p
Organización	Que haya una figura que se dedique a solucionar los problemas de gestión	G (2)	1 g, 2 p
Organización	Que cuando se envíen currículum, se dé una respuesta al emisor	D (1)	1 g, 1 p
Infraestructura	Área de consultas separadas del área de hospitalización	A (1)	1 g, 1 p
Seguridad	Que ante una imprudencia no se haga responsable al técnico que actúa, sino al hospital como institución	D (2), C (1)	2 g, 3 p
Seguridad	Mayor seguridad	B (2)	1 g, 2 p

^aCada grupo se identifica con una letra seguida del número (entre paréntesis) de personas de ese grupo, así D (1) significa 1 persona del grupo D.^bNúmero de grupos y número de personas en total que manifiestan cada expectativa, así 2 g, 6 p indica 2 grupos y 6 personas.

na limpieza en las instalaciones y que las comidas fuesen "sanas y adecuadas a las necesidades de los pacientes".

Se recogieron 4 expectativas sobre intimidad, cada una comentada por una sola persona: "medios físicos para preservar la intimidad en urgencias", "mayor intimidad en hospital de día", "sala de observación individual", "sala de observación pediátrica individual". Un importante número de participantes esperaba recibir un trato "amable" y "humano" como "paciente o familiar" y "que la acogida y la estancia fuesen agradables".

Tres expectativas se citaron sobre acompañamiento, cada una por una persona: "mayor acompañamiento y seguridad al llegar al hospital"; "que alguien acompañe al paciente"; "que se acompañe a las nuevas visitas y que estén acompañados los pacientes de urgencias por un familiar y el resto esté en una sala aparte".

Se deseaba una continuidad en la asistencia entre turnos y coordinación entre los profesionales de AP y especializada.

Hay un grupo reducido de expectativas con pocas coincidencias entre grupos, no incluidas en apartados anteriores, destacamos: "que ante una imprudencia no se hiciera responsable al profesional que cometió el error, sino al hospital como institución" y el deseo de "rapidez en las gestiones".

Comparación de las expectativas de los distintos grupos de edades

Hay expectativas manifestadas en todos los grupos de edades: "acortar las listas de espera", "difundir la cartera de servicios", "trato amable", "que se informe de manera clara y adecuada en general" y, concretamente, sobre el proceso asistencial y el confort para pacientes y familiares (en habitaciones, mobiliario).

En todos los grupos, excepto en los de 45 a 65 años, se deseaba habitaciones individuales, aunque según algunos podrían agruparse pacientes según afección y edades. No encontramos una razón que explique que no se mencionara esta expectativa en estos grupos.

En todos los grupos, excepto en el de 16 a 25 años, se manifestó la necesidad de un servicio de transporte público adecuado para facilitar el acceso al centro, que se amplíe la cartera de servicios y que exista competencia profesional y experiencia. Entendemos que para los jóvenes no constituye un problema el transporte público, ya que la mayoría suele desplazarse en coche; la juventud de los profesionales no les plantea dudas sobre su competencia profesional, ya que la media de edad de los profesionales (33 años) supera la edad de este grupo y, respecto a la cartera de servicios, los jóvenes que participaron no manifestaron la necesidad de ampliarla, probablemente porque no han necesitado asistencia hospitalaria hasta el momento o, si la han necesitado, no han precisado de servicios no incluidos en la cartera ofrecida.

En los grupos de 16 a 25 y de 25 a 44 años se esperaba limpieza en las instalaciones y suficiente personal. Esta preocupación por el personal podría explicarse por cómo viven los jóvenes la escasez de empleo, ya que incluso algunos comentaban que habían presentado su currículum en el centro.

Valoración de las coincidencias

Se han seleccionado las expectativas comentadas en tres o más grupos, con un total de 22. Las más frecuentes son las relacionadas con la accesibilidad, que suponen casi la mitad (45,4%) de estas 22 expectativas, de las que más de la mitad se referían a las listas de espera.

De entre las más numerosas (5 o más grupos), 4 son de accesibilidad: "listas de espera mínimas" (el 88,8% de los grupos, el 33,3% de los participantes), un "mayor servicio de autobuses en recorridos y horarios" (el 77,7% de los grupos, el 27,2% de los participantes), mejor gestión de las citas (el 55,5% de los grupos, el 25,7% de los participantes) y "que se oferten todas las especialidades" (el 55,5% de los grupos, el 25,7% de los participantes). La población del Aljarafe es muy extensa, facilitar el acceso al centro, mediante un buen servicio de transporte público, aumentaría en gran medida la satisfacción de los ciudadanos, especialmente de aquellos que no tienen en la actualidad línea directa con Bormujos. Conseguir una cita rápida para cualquier especialidad permitiría recibir la asistencia demandada a tiempo.

Dos expectativas están relacionadas con la información y son las que mayor número de personas han apoyado: "información médica en función de lo que pacientes y familiares demanden, de modo claro y concreto, sin tecnicismos" (el 77,7% de los grupos, el 48,4% de los participantes) y "que se den a conocer todos los servicios del hospital" (el 77,7% de los grupos, el 39,3% de los participantes). Le sigue en coincidencias: un "trato amable y humano a pacientes y familiares" (el 77,7% de los grupos, el 36,3% de los participantes) y dos aspectos sobre confort: "buena limpieza en las instalaciones y habitaciones" y "habitaciones individuales y confortables para pacientes y familiares" (en el 66,6% de los grupos). Por último se recoge tan sólo una expectativa sobre continuidad asistencial: "coordinación y seguimiento entre los profesionales de AP y especializada (el 55,5% de los grupos).

Discusión

La principal dificultad de este estudio ha sido la captación de los participantes. No ha sido posible conseguir los 12 grupos previstos en el proyecto, sólo se han desarrollado 9, agrupados por edades; tampoco fue posible distribuir la variable sexo al 50% ni representar en cada grupo las 9 ZBS. Una vez reducido el número de grupos, las dificultades para reunir a los participantes persistieron hasta el final y, a pesar de ofrecer autobuses para recogerlos en el municipio donde residían, algunos de los confirmados no asistieron. De haberse podido desarrollar los 12 grupos previstos, la información recogida probablemente habría sido más rica y se podría haber comparado las diferentes expectativas y opiniones según categorías de edad y nivel sociocultural.

Habría que añadir las limitaciones propias de la técnica utilizada: la propia dinámica del grupo que depende de los participantes que lo integran y de la influencia del moderador, la subjetividad del observador en la extracción de las expectativas, ya que las preguntas abiertas están sujetas a in-

terpretación⁸ o la dificultad en clasificar, ordenar y ponderar los resultados. A lo que habría que añadir la imposibilidad de hacer inferencia de los datos a la población diana, ya que no se trata de una muestra representativa.

Este estudio se centra en conocer las expectativas de la población, que pueden ser ideales o previas y que, sin duda, están influidas por la experiencia propia que cada participante ha tenido con el hospital, por recibir atención como paciente, por haber acompañado a un familiar o por los comentarios que en su entorno se hayan producido al respecto. Es por ello que muchas expectativas se manifiestan como una mejora del servicio prestado. En general, las expectativas manifestadas podrían considerarse previsibles y la mayoría está basada en el juicio previo que los participantes tienen del hospital, por lo que expectativas y satisfacción están íntimamente ligadas.

Identificar las necesidades de los individuos y de la población es un primer paso esencial para optimizar el uso de los recursos asignados. Evaluar las necesidades de los pacientes, la satisfacción y la calidad de vida parece fundamental para la buena práctica, el cuidado de calidad y la participación comunitaria en un tiempo en que el paciente adquiere gran protagonismo. Sin embargo, las limitaciones de los recursos, por un lado, y las expectativas médicas, por el otro, pueden impedir que exploremos la perspectiva del paciente⁹.

El acceso es un aspecto que preocupa a la mayoría de los participantes, esto se explica por la ubicación del hospital en una población que carece de líneas de autobuses directas para algunos de los pueblos a los que da cobertura. Con menor frecuencia se propone mejorar los servicios de taxi y ambulancias. Serían mejorables las indicaciones dentro del hospital. Estos aspectos de la accesibilidad también se manifestaron como importantes en grupos focales desarrollados con profesionales de un centro de salud⁸.

Los participantes desean rapidez y agilidad en las gestiones y la asistencia. La mayoría de los participantes consideran aceptables las listas de espera, aunque desearían que fuesen más cortas y que las consultas no estén masificadas y se dedique el tiempo adecuado al paciente. Los participantes esperan que las gestiones sean ágiles, que exista una figura para resolver problemas y un aumento de los recursos humanos para asegurar una adecuada asistencia a los pacientes. Los aspectos organizativos y estructurales que condicionan la accesibilidad al centro y las listas de espera también son muy valorados en otros estudios^{10,11}.

La información sobre el proceso asistencial preocupa a un gran número de participantes, esto coincide con otros estudios^{10,11}; se demanda que sea clara y concisa para pacientes y familiares y que haya un informante clave. Coinciendo con otros estudios, los pacientes demandan información no sólo verbal, sino por escrito, que, además, debe ser concreta y efectiva y responder a sus necesidades¹².

Podría decirse que la población en general desconoce la cartera de servicios ofrecida por el HSJDA en su totalidad, aunque desea que se amplíe el número de especialidades, éste es uno de los motivos de insatisfacción recogidos en un estudio Delphi¹⁰.

La competencia, la profesionalidad y la experiencia de los profesionales preocupan a la mayoría de los participantes, de

manera que surge un debate en el que unos se decantan porque la juventud de los profesionales implica una mejor formación y otros, en cambio, consideran que esta juventud supone una falta de experiencia. En otros estudios la competencia profesional y el resultado final de las intervenciones médicas se consideran importantes aunque aparecen en un segundo lugar¹¹.

Los participantes demandaban un trato amable y humano para el paciente y el familiar. Los pacientes de AP también valoran de manera relevante la competencia profesional y la amabilidad en el trato^{10,11}.

El aspecto de hostelería que más preocupaba a los participantes era la limpieza de las instalaciones, seguido de la calidad de las comidas, que debía ajustarse a las necesidades de los pacientes. El hospital ofrece habitaciones individuales, lo que coincide con las expectativas manifestadas por los participantes; sin embargo, algunos proponían la posibilidad de que fuesen compartidas. También se deseaba que fuesen confortables para pacientes y familiares.

La continuidad asistencial debía estar asegurada mediante la coordinación entre los profesionales de AP y especializada y el seguimiento de los pacientes, también dentro del hospital se debía asegurar la continuidad.

Existe un cierto grado de consenso en la literatura al afirmar que los aspectos más importantes de la asistencia sanitaria que preocupan a los pacientes son: accesibilidad, competencia profesional, resultado de la atención prestada, garantía de dicha atención, continuidad de los cuidados entre niveles asistenciales, empatía, confort, capacidad de respuesta y posibilidades de elección e información¹³.

En un estudio en el que se utilizaron técnicas de grupo nominal y grupo focal para analizar causas de satisfacción e insatisfacción de los pacientes en hospitales y AP, se identificaron como aspectos especialmente valorados: trato humano y personalizado, empatía de los profesionales, capacidad de respuesta, calidad de la información y comodidad de las instalaciones¹¹. En otro estudio que evaluaba las expectativas de los pacientes antes del ingreso en un centro de tercer nivel, se destaca: atención rápida, amabilidad/humanidad, información sobre el diagnóstico, tratamiento y pruebas realizadas y disposición del centro a dar explicaciones³.

En el metaanálisis desarrollado por Hall et al^{14,15}, en 1988, se constata que en las encuestas de satisfacción del paciente se prestaba mayor atención a las condiciones para humanizar la asistencia médica (el 65% de los casos), la cantidad y la calidad de la información facilitada a los pacientes (50%) y la competencia de los profesionales (43%). Otros autores, mediante distintos enfoques metodológicos, identifican como factores importantes en el grado de satisfacción el entorno físico (confort), la accesibilidad en su sentido más amplio, la comunicación médico-paciente, los cuidados de enfermería, la competencia profesional, la amabilidad en el trato, el coste de la asistencia y el resultado alcanzado¹⁶⁻²⁰. Prácticamente todos estos aspectos se recogen también en nuestro estudio, a excepción de algunos que no se citaron de manera expresa, como los cuidados de enfermería y el coste de la asistencia, tampoco se recogieron expectativas sobre el resultado alcanzado como tal, aunque sí sobre la competencia y la experiencia de los profesionales.

Para que el servicio sanitario fuera aceptable se debería definir procedimientos acordes con las expectativas o bien modificarlas, y para que fuera satisfactorio para el paciente, se tendría que definir procedimientos que ocasionaran *inputs* inesperados (sin expectativa previa) y positivos⁴.

Entre las expectativas manifestadas por los participantes, se encuentran servicios que actualmente se ofrecen (habitaciones individuales), servicios que están bien valorados, aunque el deseo es mejorarlos (listas de espera mínimas), deseos de un aumento de las prestaciones (más especialidades) y aspectos claramente mejorables (transporte público, difusión de la cartera de servicios). No obstante, para valorar si cumplimos todas las expectativas recogidas, sería necesario diseñar una encuesta de satisfacción basada en dichas expectativas. Una vez conocido el grado de satisfacción que los usuarios de nuestro hospital tienen respecto de los aspectos más demandados, podríamos detectar oportunidades de mejora y priorizar las acciones a implantar para maximizar la calidad del servicio prestado y la satisfacción de los ciudadanos.

Agradecimientos

Agradecemos la colaboración de los profesionales del centro que han participado en este estudio como moderadores u observadores durante el desarrollo de los grupos focales: Fernando Cruz Villalón (responsable de Atención al Usuario), Concha Cossío Linares (Atención al Usuario), Maribel Angulo García (trabajadora social), Sebastián Expósito García (Servicio de Medicina Preventiva), Alberto Amante Romero (enfermero del trabajo), Miguel Ángel Martínez Jiménez (Atención al Usuario), Inmaculada Lancharro Tavero (enfermera de hospitalización, 3.^a Par) y Almudena Arroyo Rodríguez (enfermera de hospitalización, 1.^a Par).

Bibliografía

1. Palacio F, Marquet R, Oliver A, Castro P, Bel M, Piñol JL. Las expectativas de los pacientes: ¿qué aspectos valoran en un centro de salud? Un estudio cualicuantitativo. Aten Primaria. 2003;31:307-14.
2. Barrasa JL, Aibar C. Revisión sistemática de los estudios de satisfacción realizados en España en el periodo de 1986-2001. Rev Calidad Asistencial. 2003;18:580-90.
3. Lledo R, Prat A, Vilella A, Losa J, Vendrell E, Trilla A, et al. Evaluación de las expectativas de los pacientes antes del ingreso en un centro de tercer nivel. Med Clin (Barc). 1998;111: 211-5.
4. Mira JJ, Buil JA, Rodríguez-Marín J, Aranaz J. Calidad percibida del cuidado hospitalario. Gac Sanit. 1997;11:176-89.
5. Mira JJ. Satisfecho, sí gracias... Pero ahora qué... Rev Calidad Asistencial. 2003;18:567-9.
6. Díaz R. Satisfacción del paciente: principal motor y centro de los servicios sanitarios. Rev Calidad Asistencial. 2002;17: 22-9.
7. Prieto MA, March JC. Paso a paso en el diseño de un estudio mediante grupos focales. Aten Primaria. 2002;29:366-73.
8. Hernán M, Gutiérrez JL, Lineros C, Ruiz C, Rabadán A. Los pacientes y la calidad de los servicios de atención primaria de salud. Opinión de los profesionales de los centros de salud de la Bahía de Cádiz y La Janda. Aten Primaria. 2002;30: 425-34.
9. Asadi-Lari M, Tamburini M, Gray D. Patients' needs, satisfaction, and health related quality of life: Towards a comprehensive model. Health Qual Life Outcomes. 2004;2:32. Disponible en: <http://www.hqlo.com/content/2/1/32>
10. Redondo M, Bolaños E, Almaraz A, Maderuelo JA. Percepciones y expectativas sobre la atención primaria de salud: una nueva forma de identificar mejoras en el sistema de atención. Aten Primaria. 2005;36:358-66.
11. Mira JJ, Rodríguez-Marín J, Peset R, Ybarra J, Pérez-Jover V, Palazón I, et al. Causas de satisfacción y de insatisfacción de los pacientes en hospitales y atención primaria. Rev Calidad Asistencial. 2002;17:273-83.
12. Weinman J. Providing written information for patients: psychological considerations. J R Soc Med. 1990;83:303-5.
13. Mira JJ, Aranaz J. La satisfacción del paciente como una medida del resultado de la atención sanitaria. Med Clin (Barc). 2000;114 Supl 3:26-33.
14. Hall J, Dornan M. Meta-analysis of satisfaction with medical care: description of research domain and analysis of overall satisfaction levels. Soc Sci Med. 1988;27:637-44.
15. Hall J, Dornan M. What patients like about their medical care and how often they are asked: a meta-analysis of the satisfaction literature. Soc Sci Med. 1988;27:935-9.
16. Ware J, Snyder M. Dimensions of patient attitudes regarding doctors and medical care services. Med Care. 1975;13:669-82.
17. Lewis JR. patient views on quality care in general practice: literature review. Soc Sci Med. 1994;39:655-70.
18. McKinley RK, Manku-Scott T, Hastings AM, French DP, Baker R. Reliability and validity of a new measure of patient satisfaction without of ours primary medical care in the United Kingdom: development of a patient questionnaire. BMJ. 1997;314: 193-8.
19. Nelson EC, Hoys RD, Larson C, Batalden PB. The patient judgments system: reliability and validity. QRB. 1989;15:185-91.
20. Nathorst-Böös J, Munck IME, Eckerlund I, Ekefeldt-Sanberg C. An evaluation of the QSP and the QPP: two methods for measuring patient satisfaction. Int J Quality Health Care. 2001;13: 257-64.