



Revista de Calidad Asistencial

www.elsevier.es/calasis



ORIGINAL

Aportaciones e inconvenientes de la incorporación de metodología cualitativa en la evaluación de servicios sanitarios. Un caso práctico: la evaluación de una consulta de alta resolución

D. Álvarez Del Arco^{a,*}, C. Rodríguez Rieiro^b, C. Sanchidrián De Blás^b, B. Alejos^a
y R. Plá Mestre^b

^a Instituto de Salud Carlos III, Centro Nacional de Epidemiología, Madrid

^b Servicio de Medicina Preventiva y Gestión de Calidad, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid

Recibido el 15 de diciembre de 2011; aceptado el 6 de febrero de 2012

Disponible en Internet el 28 de marzo de 2012

PALABRAS CLAVE

Análisis
metodológico;
Satisfacción
de pacientes;
Evaluación
cualitativa;
Calidad de los
servicios sanitarios

Resumen

Objetivo: En el marco de una evaluación sobre la calidad asistencial en una Unidad de Cardiología de Alta Resolución (UCAR) realizada con técnicas cuantitativas, se analizó la utilidad de incorporar una fase cualitativa a la investigación.

Material y métodos: Se realizó una investigación cuantitativa con cuestionario estructurado y selección de sujetos por muestreo aleatorio sistemático ($n = 320$) y una investigación cualitativa mediante entrevistas semiestructuradas a pacientes seleccionados por criterios de conveniencia ($n = 11$), observaciones en el circuito asistencial y una entrevista en grupo con los profesionales de la UCAR. Posteriormente, el equipo de investigación, multidisciplinar, analizó individualmente la información recabada en las fases cuantitativa y cualitativa, evaluando los diferentes resultados obtenidos en ambas fases y los posibles sesgos derivados del uso de métodos cualitativos. Se realizaron tres reuniones siguiendo la técnica «*brainstorming*», para identificar las diversas aportaciones de cada una de las metodologías empleadas, utilizando diagramas de afinidades.

Resultados: La investigación cualitativa permitió profundizar en algunos aspectos concretos del servicio que habían sido recogidos en la fase cuantitativa, matizando los resultados obtenidos en la fase previa, ahondando en las razones de insatisfacción con aspectos específicos, como los tiempos de espera y las infraestructuras disponibles, e identificando cuestiones emergentes del servicio, no evaluadas anteriormente.

Conclusiones: Globalmente, la fase cualitativa enriqueció de forma sustantiva los resultados de la investigación. Es adecuado y recomendable incorporar este enfoque metodológico en investigaciones encaminadas a evaluar la calidad del servicio en un determinado contexto sanitario puesto que aporta, de primera mano, la voz del cliente.

© 2011 SECA. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: dalvarez@isciii.es (D. Álvarez Del Arco).

KEYWORDS

Methodological Study;
Patient Satisfaction;
Qualitative
Evaluation;
Quality of Health
Care

Advantages and disadvantages of incorporating qualitative methodology in the evaluation of health services. A practical case: evaluation of a high-resolution clinic**Abstract**

Objective: We examined the usefulness of incorporating a qualitative phase in the evaluation of the quality of care in a high-resolution medical service carried out with quantitative methods.

Design and methods: A quantitative research was performed using a structured questionnaire and selecting interviewees by systematic randomized sampling methods ($n = 320$). In addition, a qualitative research was carried on through semi-structured interviews with patients selected by convenience criteria ($n = 11$), observations in the care assistance circuit, and a group interview with health professionals working in the service. A multidisciplinary research team conducted an individual analysis of the information collected in both quantitative and qualitative phases. Subsequently, three meetings based on group brainstorming techniques were held to identify the diverse contributions of each of the methodologies employed to the research, using affinity graphs to analyse the different results obtained in both phases and evaluate possible bias arising from the use of qualitative methods.

Results: Qualitative research allowed examining specific aspects of the health care service that had been collected in the quantitative phase, harmonizing the results obtained in the previous phase, giving in-depth data on the reasons for patient dissatisfaction with specific aspects, such as waiting times and available infrastructures, and identifying emerging issues of the service which had not been previously assessed.

Conclusions: Overall, the qualitative phase enriched the results of the research. It is appropriate and recommendable to incorporate this methodological approach in research aimed at evaluating the quality of the service in specific health care settings, since it is provided first hand, by the voice of the customer.

© 2011 SECA. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

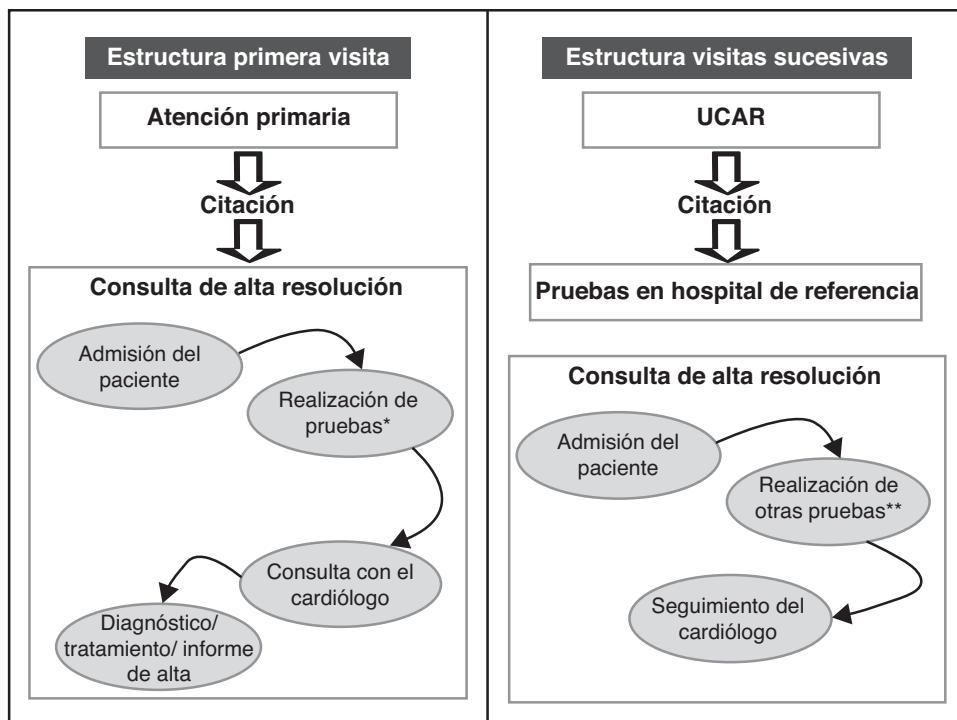
En los últimos años se han desarrollado nuevos modelos de consulta médica especializada, orientados a optimizar la calidad de la atención al paciente en términos de eficacia y a maximizar la eficiencia en el uso de recursos destinados a este tipo de servicios. En este sentido, hemos asistido a la expansión de las consultas de alta resolución, que reorganizan la actividad ambulatoria en los centros¹. La «Consulta de alta resolución» o de «acto único» se define como «acto asistencial ambulatorio en el que queda establecido un diagnóstico junto con su correspondiente tratamiento, tras la realización de las exploraciones complementarias necesarias, quedando todo reflejado en un informe clínico, y siendo realizadas estas actividades en una sola jornada y en un tiempo aceptado por el usuario tras recibir la información oportuna»². Otras experiencias han mostrado que este modelo asistencial tiene numerosos beneficios que radican, fundamentalmente, en la reducción del tiempo al diagnóstico³⁻⁶ y de los contactos paciente-hospital⁴, puesto que la atención es dirigida a través de procesos protocolizados y consensuados entre los distintos niveles asistenciales involucrados⁷. Siguiendo esta tendencia, en 2009 se inauguró la Unidad de Cardiología de Alta Resolución (UCAR) del Centro Hermanos Sangro, que atiende a los pacientes con problemas cardiovasculares del área de influencia del Hospital General Universitario Gregorio Marañón (HGUGM) de Madrid. La consulta es atendida por cardiólogos del HGUGM y unifica todas las consultas anteriormente situadas en los Centros de Especialidades periféricos y en el propio HGUGM. Los pacientes son derivados a este servicio

directamente desde Atención Primaria (AP), tal como muestra la figura 1.

A pesar del cariz innovador de este modelo de atención especializada, las iniciativas de evaluación que han sido llevadas a cabo son escasas^{3-5,8,9}. En este sentido, parece necesario el empleo del enfoque actual de la evaluación de los servicios sanitarios que analiza las dimensiones clásicas de estructura, proceso y resultados¹⁰, incorporándole, a esta última dimensión, una particular y amplia atención a «la voz del cliente»¹¹-las percepciones y expectativas de los pacientes-. En relación con esta cuestión, conocer la opinión de los usuarios es un elemento fundamental en los planes de calidad y evaluación de servicios sanitarios¹², no sólo porque algunas investigaciones han mostrado que la satisfacción del paciente es variable predictora de los resultados en términos de salud para el propio paciente, si no porque, además, conocer las percepciones de los clientes contribuye sustancialmente a la reorganización y adaptación de los servicios sanitarios a las necesidades de los pacientes¹³.

La evaluación de servicios sanitarios se ha realizado tradicionalmente a través de técnicas cuantitativas, si bien es creciente el uso de aproximaciones mixtas, que utilizan técnicas cualitativas y cuantitativas. Algunos autores señalan la utilidad de incorporar las técnicas cualitativas a este tipo de evaluaciones, tanto para profundizar en las experiencias de los pacientes con el servicio, como para averiguar qué tipo de aspectos concretos habría que incluir en las encuestas de satisfacción que se realizan en el marco de las evaluaciones de servicios sanitarios¹⁴⁻¹⁶.

En el contexto de una investigación para la evaluación del servicio prestado por la UCAR se realizó, en primer lugar,



(*) En primera visita se realizan las siguientes pruebas: Electrocardiograma, Ergometría o Ecocardiograma

(**) En visitas sucesivas únicamente se realiza Electrocardiograma

Figura 1 Estructura de las consultas de la Unidad de Cardiología de Alta Resolución (UCAR).

una investigación cuantitativa. Durante el desarrollo de la investigación se consideró que para alcanzar el objetivo de conocer las experiencias de los pacientes de forma más profunda, el cuestionario estructurado podía no ser la herramienta más adecuada, tal y como ha sido ya señalado por otros autores¹⁷. De hecho, algunas investigaciones apuntan a la sobreestimación de la satisfacción del público-objetivo cuando se utilizan este tipo de técnicas cuantitativas basadas en escalas semánticas, como las escalas de Likert¹⁸.

Por ello, se realizó posteriormente una investigación cuantitativa, con el objeto de ampliar la información recogida en el estudio cuantitativo, confirmar los resultados obtenidos, profundizar en los aspectos que parecían generar un menor grado de satisfacción y, a su vez, crear un espacio que permitiera expresar al paciente potenciales expectativas o necesidades no incluidas en el cuestionario, con el propósito de identificar aspectos emergentes.

El objetivo de este artículo es analizar la utilidad de incorporar una investigación de carácter cualitativo en la evaluación de servicios sanitarios, identificando las dificultades y los sesgos de implementar este tipo de técnicas.

Material y métodos

Se analizaron los resultados diferenciales que se obtuvieron en la investigación aplicando técnicas cuantitativas y aplicando técnicas cualitativas. A continuación se describe el diseño metodológico de la propia investigación y del estudio que se presenta en este artículo.

Fuentes de información

Métodos cuantitativos: la encuesta de satisfacción

En una primera fase, se realizó un estudio de satisfacción con metodología cuantitativa. El tamaño muestral necesario ($n = 317$) se fijó en función de la estimación del número de consultas anuales de cardiología en el Centro Hermanos Sangro (15.000 consultas en 2010, según los datos proporcionados por la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid-CAM) y en base a la prevalencia de satisfacción entre los pacientes de consultas externas (70%, según encuestas internas de calidad de la CAM). El tamaño muestral se calculó con una confianza del 95% y una precisión del 5%. Los sujetos fueron seleccionados mediante muestreo aleatorio sistemático. Se diseñó un cuestionario semi-estructurado que fue revisado y aprobado por la Dirección General de Atención al Paciente de la Consejería de Sanidad de la CAM. El cuestionario fue autocumplimentado en papel por los pacientes y contenía indicadores de las distintas dimensiones de la satisfacción del paciente consideradas (Tabla 1), medidas a través de escalas de Likert de 5 puntos («Muy insatisfecho», «Insatisfecho», «Ni satisfecho ni insatisfecho», «Satisfecho», «Muy Satisfecho»), así como información sobre la recomendación del servicio y de los profesionales (con respuestas dicotómicas «Sí»/«No») y dos preguntas de respuesta abierta en las que se pedía que fueran anotadas sugerencias y/o quejas y un área principal de mejora. El contenido del cuestionario se construyó en base a los indicadores utilizados por la Dirección General de Atención al Paciente de la CAM en este tipo de

Tabla 1 Dimensiones e indicadores de la satisfacción del paciente recogidas en el cuestionario de la fase cuantitativa

Dimensión	Indicadores
<i>Tiempos</i>	De espera desde la derivación de Atención Primaria De espera desde la hora en la que estaba citado
<i>Infraestructuras</i>	Limpieza Comodidad de las salas de espera
<i>Calidad técnica</i>	Pruebas realizadas El tiempo que le ha dedicado el cardiólogo en la consulta Informe recibido tras la consulta Eficacia y profesionalidad (cardiólogo)
<i>Información</i>	Eficacia y profesionalidad (personal de enfermería) Sobre la enfermedad Sobre el tratamiento
<i>Amabilidad y trato</i>	Durante el proceso de alta Durante las pruebas (personal de enfermería) Durante la consulta (cardiólogo)

estudios. El cuestionario no fue validado por el equipo de investigación.

A todos los pacientes se les entregaba el cuestionario antes de comenzar la consulta, al pasar por la sala de triaje de enfermería, explicándoles que debían cumplimentarla al finalizar la consulta y que podían depositarla en un buzón situado a tal efecto en la misma sala. El personal de enfermería insistió en todo momento en la confidencialidad y anonimato de los datos de la encuesta y en su carácter voluntario.

El trabajo de campo fue realizado entre octubre y noviembre del año 2010. Los cuestionarios fueron grabados en una base de datos. Se realizó un análisis de datos descriptivo con el programa SPSS v.18.

Métodos cualitativos: las entrevistas semiestructuradas, la observación en el circuito asistencial y la triangulación de resultados con el personal de enfermería

En una segunda fase se llevó a cabo una investigación cualitativa mediante entrevistas semiestructuradas, observación en el circuito asistencial y la triangulación de resultados con el personal de enfermería.

Entrevistas semiestructuradas

Se diseñó una muestra de 10 entrevistas, segmentadas en función de las características personales consideradas relevantes en la evaluación del servicio (sexo, edad, tipo de visita-nuevo paciente o paciente de revisión-). Como soporte para las entrevistas, se consignó un guión que contenía tanto cuestiones cuya relevancia se puso de manifiesto en la investigación cuantitativa, como otros aspectos potencialmente relevantes.

La captación de pacientes participantes fue realizada por el equipo de Enfermería de la UCAR en el momento de finalización de la consulta. Para cumplir con los estándares del Comité Ético del Hospital Gregorio Marañón, todos los pacientes participantes firmaron un consentimiento informado.

Las entrevistas semiestructuradas fueron realizadas por investigadoras ajenas al servicio de la UCAR, en una sala dentro del propio centro durante enero de 2011. El contenido de las entrevistas fue grabado. La información se transcribió y, posteriormente, fue categorizada en tres grandes bloques (puntos fuertes, áreas de mejora y propuestas de los usuarios) y analizada.

Observaciones en el circuito asistencial

De forma complementaria, dos personas del equipo de investigación realizaron sendas observaciones en el circuito asistencial y en el área de gestión de pacientes en la consulta. Las observaciones fueron realizadas entre las 9-11 h y entre las 11-14 horas durante dos jornadas distintas en enero de 2011. Los aspectos más relevantes fueron recogidos en un cuaderno de campo.

Triangulación de resultados con el personal de enfermería

Se realizó una reunión de trabajo con el equipo de enfermería de la UCAR en las instalaciones del propio Centro Hermanos Sangro. A la reunión asistieron catorce profesionales con los siguientes perfiles: 7 Diplomados universitarios en Enfermería, 2 Jefes de Enfermería, 3 auxiliares de enfermería y 2 auxiliares administrativos. Se realizó una presentación de los resultados de ambas fases de la investigación. Por último, el equipo de enfermería discutió los resultados presentados y las personas responsables de la investigación realizaron una entrevista en grupo, dirigida a confirmar las áreas de mejora detectadas en la fase cuantitativa y a triangular la información, recogiendo el punto de vista del personal sanitario que aportó sus testimonios y experiencias.

Análisis metodológico: Análisis de los resultados de ambas metodologías y de la utilidad de su uso combinado

Una vez finalizadas ambas etapas de la investigación, el equipo de trabajo realizó tres reuniones para valorar la utilidad y conveniencia de la introducción de las herramientas cualitativas en la evaluación de la satisfacción de los pacientes con la UCAR. El equipo de investigación, multidisciplinar, estaba compuesto por dos médicos especialistas, una enfermera de Medicina Preventiva y Gestión de Calidad, una estadística y una socióloga.

En la reuniones fue aplicada la metodología de *brainstorming* o «lluvia de ideas» con el objetivo de identificar cuestiones relevantes a partir de la discusión de los resultados obtenidos en la investigación. En las reuniones, que fueron grabadas, se identificaron y clasificaron los aspectos aportados por las entrevistas semiestructuradas en relación al cuestionario cuantitativo. Se discutió la idoneidad del método aplicado y se evaluaron ventajas y desventajas de ambos abordajes metodológicos. Las cuestiones emergentes

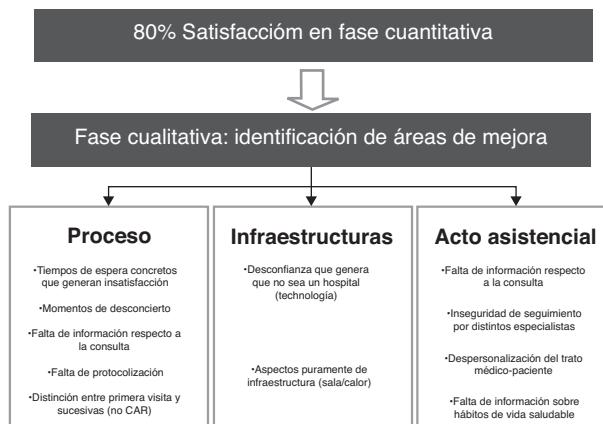
Tabla 2 Características sociodemográficas de la muestra participante en la fase cuantitativa

Variables sociodemográficas	n (%)
Sexo	
Hombre	173 (54)
Mujer	147 (46)
Nivel de estudios	
Sin estudios	36 (11)
Estudios Primarios	130 (41)
Estudios Secundarios	92 (29)
Estudios Universitarios	62 (20)
Situación laboral	
Trabaja	98 (31)
Pensionista/jubilado	145 (45)
Ama/o de casa	60 (19)
Estudiante	6 (2)
Parado	11 (4)
País de nacimiento	
España	305 (95)
Otro	15 (5)
Edad media (desviación típica)	65 (+/-1,9)

fueron agrupadas y consensuadas mediante un Diagrama de afinidades.

Resultados

En la fase cuantitativa se realizaron 320 encuestas. Las características sociodemográficas de la muestra se recogen en la **Tabla 2**. La investigación cuantitativa mostró elevadas cotas de satisfacción con el servicio entre los pacientes en todas las áreas evaluadas: el 93% de los encuestados declararon sentirse satisfechos o muy satisfechos con la atención recibida en la UCAR. Los aspectos que menor satisfacción produjeron entre los encuestados estaban relacionados con los tiempos de espera: tanto desde la derivación desde AP hasta la consulta en la UCAR (74%), como el tiempo entre la hora en la que fue citado el día de la consulta y el momento de realización de la consulta (77%). En este mismo sentido, el 12% de los entrevistados manifestaron alguna

**Figura 2** Áreas de mejora identificadas por la investigación cualitativa.

queja sobre el servicio y un 24% identificó algún área de mejora, mayoritariamente relacionadas con los tiempos de espera y, también, con las infraestructuras; las características de la sala de espera, fundamentalmente. Analizando los resultados se identificaron algunas cuestiones que no fueron abordadas con suficiente especificidad en el cuestionario, especialmente en lo que respecta a las respuestas en abierto de los entrevistados sobre áreas de mejora, quejas y sugerencias. En estas preguntas la información que se obtuvo fue muy limitada y difusa, por lo que no fue posible extraer datos concluyentes.

En la fase cualitativa se obtuvieron 11 entrevistas semi-estructuradas. El perfil de los entrevistados se describe en la **Tabla 3**. La investigación cualitativa permitió, por un lado, confirmar los resultados obtenidos en la encuesta y por otro, identificar algunas áreas de mejora que no habían sido suficientemente exploradas en el cuestionario cuantitativo, obteniéndose una información más profunda que la que inicialmente se alcanzó. Estas áreas de mejora se recogen de la **figura 2**.

En el área de evaluación del proceso, las entrevistas permitieron la profundización en la satisfacción respecto a los tiempos de espera, así como objetivar la diferente experiencia de la consulta entre pacientes de primera visita y pacientes de revisión revisiones. Del mismo modo, los pacientes pusieron de manifiesto la percepción de cierta

Tabla 3 Características de los entrevistados de la fase cualitativa

Nº entrevista	Sexo	Edad	Situación laboral	Tipo de consulta
E1	Hombre	51	Trabaja	Primera consulta
E2	Hombre	16	No trabaja	Primera consulta
E3	Hombre	55	Trabaja	Segunda consulta
E4	Mujer	83	No trabaja	Segunda consulta
E5	Mujer	62	No trabaja	Primera consulta
E6	Mujer	84	No trabaja	Primera consulta
E7	Mujer	85	No trabaja	Segunda consulta
E8	Hombre	64	Trabaja	Primera consulta
E9	Mujer	55	Trabaja	Primera consulta
E10	Mujer	61	Trabaja	Primera consulta
E11	Hombre	20	No trabaja	Primera consulta

falta de protocolización, sobre todo en lo referente a la información recibida sobre las características de la consulta, tanto en AP, como en el momento de la admisión a la llegada del paciente y en el momento del alta y la entrega del informe médico. La desinformación se ponía en evidencia en la verbalización de momentos de desconcierto por parte de los pacientes.

En el área de evaluación de la atención en el acto asistencial, los pacientes manifestaron cierta inseguridad e insatisfacción derivada de que el seguimiento se realice por distintos especialistas, aspecto que se liga a la percepción de una cierta despersonalización en el trato médico-paciente. La falta de identificación de los profesionales sanitarios que les atienden, si bien no se percibió explícitamente como un problema para los pacientes, fue un aspecto detectado en la fase cualitativa. Finalmente, en el área de evaluación de las infraestructuras, los pacientes expresaron su opinión desfavorable con respecto a la climatización y a la comodidad y al número de asientos disponibles en la sala de espera.

De forma global, la investigación cualitativa permitió indagar en algunos aspectos concretos: *a)* matizando los resultados obtenidos en la fase cuantitativa; *b)* profundizando en las razones de insatisfacción con los tiempos de espera; *c)* ahondando en aspectos positivos y negativos de la consulta abordados en la fase cuantitativa; y *d)* examinando los problemas concretos de infraestructuras.

Además, el uso de esta técnica contribuyó a la obtención de información sobre ejes del servicio y necesidades de los pacientes que no habían sido identificadas previamente ya que permitió: *a)* Aflorar necesidades de los pacientes (identificando ejes del servicio no medidos previamente y actores relevantes); *b)* Conocer las expectativas previas del usuario y cómo éstas definen su satisfacción posterior; *c)* Identificar los contextos concretos de falta de información; *d)* Conocer las necesidades del paciente, que éste no expresa como quejas pero que surgen como elementos estructurados en su discurso; *e)* Sacar a la luz aspectos no considerados previamente (como el tema de la desconfianza/miedo por el lugar extrahospitalario en el que se desarrolla la UCAR); *f)* Descubrir la percepción de los pacientes de falta de protocolización del servicio; y, por último, *g)* Plantear que sólo los pacientes de primera consulta se benefician de la UCAR.

La observación del circuito asistencial ayudó al equipo de investigación en la comprensión del funcionamiento del servicio y de las percepciones de los pacientes sobre éste. Fue esencial observar el circuito que seguían los pacientes desde su llegada y examinar si el proceso generaba confusión de acuerdo a las peticiones de información que los pacientes efectuaron al personal de enfermería de la sala de espera.

Por último, la triangulación de los resultados con el personal de Enfermería resultó clave para detectar algunas cuestiones relevantes dentro del proceso. Entre otras, la cuestión más importante fue la demanda por parte del Equipo de Enfermería de que se expliquen convenientemente las características de la UCAR en AP, en el momento de la derivación del paciente. De forma general, excusaron la percepción del paciente de falta de protocolización relacionándola con las características de los pacientes, en muchos casos de avanzada edad, a los que es necesario insistir en la explicación del proceso de atención de la UCAR. Por último, se identificó un elevado grado de satisfacción del personal de Enfermería tanto con la composición del equipo

a nivel profesional y humano, como con el desarrollo de su actividad profesional en la estructura de la UCAR.

Discusión

El estudio presentado muestra que la metodología cuantitativa es una herramienta adecuada para conocer los niveles de satisfacción de los pacientes con un determinado servicio y es de gran utilidad a la hora de evaluarlo, puesto que la satisfacción es una buena medida de la calidad del servicio¹⁹. El enfoque cualitativo, asumido en una segunda etapa de la investigación, fue capaz de detectar aspectos que no habían sido abordados previamente en la fase cuantitativa. Algunos de estos elementos no habían sido considerados relevantes por el equipo de investigación y, por tanto, no fueron incluidos en el cuestionario. Otros aspectos no fue posible incluirlos dadas las limitaciones intrínsecas a un diseño de investigación cuantitativo, que no permite ahondar en las experiencias subjetivas de los entrevistados. La metodología cualitativa contribuye, a través de la interpretación y el análisis del discurso de los sujetos, a conocer, desentrañar y comprender determinadas situaciones o hechos desde una perspectiva más profunda y amplia que las investigaciones cuantitativas, ahondando en la experiencia subjetiva del paciente²⁰.

Las entrevistas cualitativas permitieron estructurar los distintos niveles del proceso de consulta de alta resolución desde la derivación del paciente por AP, contribuyendo a identificar el momento asistencial evaluado, en este caso la consulta en la UCAR, dentro del continuo que supone la atención a la patología del paciente. En este sentido, la fase cualitativa puso de manifiesto, por ejemplo, la importancia y los efectos de la falta de información previa a la consulta, en el momento de la derivación desde AP, sobre la valoración del proceso por parte de los pacientes.

Por otro lado, el contacto directo con el paciente permitió matizar algunas cuestiones que habían surgido en la fase cuantitativa. En este sentido, cabe señalar que, tal y como manifiestan otros autores, la metodología cualitativa aborda de una forma más extensa el fenómeno objeto de estudio, propiciando la adecuación del contenido de la entrevista de acuerdo a las manifestaciones del entrevistado y en el mismo momento de la entrevista, fruto de la interactividad entre entrevistado y entrevistador²¹. Además, el empleo de este tipo de técnicas permite conocer los aspectos que son relevantes para los pacientes y profundizar en las barreras que obstaculizan la mejora del servicio en esos aspectos²².

Sin embargo, la metodología cualitativa también presenta algunas limitaciones que hay que tener en cuenta. La principal se relaciona con la dificultad de obtener información en la evaluación de servicios que generan una elevada satisfacción a los usuarios. En este sentido, otras investigaciones han evidenciado que las consultas de acto único son muy bien percibidas y valoradas por los pacientes^{4,8}. Este mismo resultado se puso de manifiesto en la fase cuantitativa de nuestra investigación y, de hecho, los investigadores observaron que, inicialmente, identificar áreas de mejora no fue una tarea fácil, puesto que los entrevistados mostraban continuamente su buena valoración del servicio. A pesar de ello, la reflexividad sobre la experiencia subjetiva del proceso, que permite el contexto de la entrevista

semiestructurada, llevó a que, en un segundo momento, se pudiera ahondar en los aspectos latentes de la evaluación de los sujetos sobre su propia satisfacción.

En otro sentido, hay que tener en cuenta que es necesario implementar una cierta logística para el desarrollo de una investigación de este tipo, puesto que la realización de las entrevistas semiestructuradas supone el desplazamiento del equipo de trabajo y, por ende, una importante inversión en tiempo de trabajo. Del mismo modo, la transcripción de las entrevistas y la organización y el análisis de la información recabada conllevan, también, una importante inversión de tiempo de trabajo.

De forma paralela, existen algunos sesgos potenciales que pueden derivarse del uso de las entrevistas semiestructuradas. En primer lugar, hay que tener en cuenta los riesgos en términos de sesgos de selección, que se derivan de la selección muestral. En este sentido, es imprescindible una correcta identificación de las variables relevantes para la segmentación muestral. En nuestro caso, a pesar de que se realizó una selección en función de las características recogidas en el diseño de la fase cualitativa, dadas las restricciones de recursos con las que contamos, en algunos casos se primaron criterios de conveniencia en la selección de los participantes, por lo que algunos perfiles no están bien representados en la muestra de entrevistados. Entre los perfiles que consideramos que no están presentes destaca el de hombres de avanzada edad y el de mujeres menores de 65 años.

Por otro lado, identificamos también cierto riesgo de incurrir en sesgos de información. Esta cuestión tiene dos vertientes. En primer lugar, la «presión estructural»: el lugar de realización de la entrevista, en las propias instalaciones de la UCAR, pudo mediar en la información proporcionada por los pacientes. Además, el perfil mayoritario de los pacientes de la UCAR, de avanzada edad, puede inferir cierto sesgo en sus discursos y en sus valoraciones, puesto que se trata de pacientes acostumbrados a otro tipo de atención más paternalista o menos dinámica.

Una de las cuestiones clave que hay que tener en cuenta es que la metodología cualitativa no ofrece representatividad de resultados en términos cuantitativos, si no en términos discursivos^{23,24}, por lo que la importancia relativa de las áreas de mejora identificadas no es cuantificable. En este sentido, además, hay que tener en cuenta que en investigación en Salud Pública no está excesivamente extendido el uso de métodos cualitativos, y algunos profesionales perciben estas técnicas con desconfianza, mostrando cierto recelo acerca de su carácter científico. Esta cuestión puede resultar en una barrera a la hora de aplicar los resultados de la investigación cualitativa en el caso de que no sean considerados fiables²⁵.

Por otro lado, la realización de la observación del circuito complementó adecuadamente la información proporcionada por las entrevistas semiestructuradas, ya que contribuyó, en cierta medida, a la objetivación de ciertas cuestiones que se habían puesto de manifiesto en el discurso de los pacientes, como la cuestión relacionada con la confusión de los pacientes después de la explicación del circuito a la llegada a admisión.

Del mismo modo, la triangulación de los resultados con el equipo de enfermería implicado en el servicio evaluado

resultó un ejercicio de gran utilidad, puesto que aportó la percepción de los profesionales que se demostró distinta a la de los pacientes. Cabe señalar, sin embargo, que hubo algunos elementos distorsionadores en la reunión, fundamentalmente derivados de la diferenciada posición de los asistentes a la reunión en la estructura jerárquica del equipo de enfermería. En este sentido, tanto los profesionales con un mayor rango jerárquico, como los profesionales con más experiencia profesional en el centro, coparon el discurso en buena parte de la reunión llegando, incluso, a adquirir el papel de moderadores de la entrevista grupal que se llevó a cabo. A pesar de que el equipo de investigación era consciente de que metodológicamente el planteamiento no era correcto, se decidió estratégicamente continuar con la reunión, analizando posteriormente la información obtenida con cierta cautela, ya que hubo que tener en cuenta los sesgos de información en los que se incurrió.

A pesar de las limitaciones señaladas, parece muy conveniente introducir las técnicas cualitativas a la hora de evaluar la calidad de un servicio de salud. De hecho, la idoneidad de incorporar los métodos cualitativos a la investigación en Salud Pública se ha puesto de manifiesto en varias publicaciones de organismos internacionales que respaldan y reconocen los beneficios del uso de estas técnicas²⁶⁻²⁹.

En este sentido, es creciente la aceptación de investigaciones que combinen técnicas cualitativas y cuantitativas³⁰. El uso de investigaciones metodológicamente mixtas es especialmente útil para determinar necesidades no cubiertas y áreas de mejora que no pueden ser identificadas mediante el empleo de cuestionarios cuantitativos en servicios que generan una elevada satisfacción a los pacientes³¹, como el que ha sido objeto de este artículo.

Globalmente, la fase cualitativa enriqueció de forma sustancial los resultados de la investigación, a pesar de las limitaciones señaladas. En este sentido, mostró ser una herramienta muy útil a la hora de abordar evaluaciones del servicio sanitario de forma rigurosa, puesto que ofrece, de primera mano, las experiencias y percepciones del paciente. El uso de la metodología cualitativa puede enmarcarse en las cada vez más extendidas estrategias de participación del paciente en la mejora de la calidad de los servicios sanitarios^{15,29}. Parece, por tanto, que es adecuado y recomendable incorporar este enfoque metodológico en investigaciones encaminadas a evaluar la calidad del servicio en un determinado contexto sanitario porque proporcionan, de primera mano, "la voz del paciente".

Agradecimientos

A todo el equipo de profesionales de la UCAR de Hermanos Sangro por su colaboración y disponibilidad en el proyecto y a los pacientes participantes en la investigación.

Bibliografía

1. Zambrana JL, Jiménez-Ojeda B, Marín M, Almazán S. La consulta única o de alta resolución como una alternativa de eficiencia a las consultas externas hospitalarias tradicionales. *Med Clin*. 2002;118:302-5.

2. Montijano A, Zambrana J, Amat M, Velasco MJ, Adarraga MD, Rosa F. Aplicabilidad y aportaciones del sistema de consulta única en cardiología. *Rev And Cardiol.* 2003;38:69-76.
3. Bravo JM, Zambrana J, Ruíz 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.
4. Falcesa C, Sadurnía J, Monella J, Andrea R, Yllaa M. Consulta inmediata ambulatoria de alta resolución en cardiología: 10 años de experiencia. *Rev Esp Cardiol.* 2008;61:530-3.
5. Rosa F, Zambrana J, Velasco MJ, Adarraga MD, Martos L, Marin M. Análisis de los tiempos de demora en un programa de consulta única. *Rev Calidad Asistencial.* 2002;17:378-9.
6. Ruiz FJJ, Aranda G, Trujillo JA. Alta resolución, pacientes, parientes e innovación organizativa. *Rev Adm Sanit.* 2007;5:105-21.
7. Cerdan MT, Sanz R, Martínez C. Mejora de la comunicación entre niveles asistenciales: derivación directa de pacientes a una consulta de alta resolución de cirugía mayor ambulatoria. *Aten Primaria.* 2005;35:283-9.
8. Montijano A, Zambrana JL, Amat M, Delgado M. Grado de satisfacción de los pacientes beneficiados de un sistema de consulta única en cardiología. *Rev Calidad Asistencial.* 2003;18:650-4.
9. Corvasí A, González P, Barrera A, Suárez MA, Gallego S, Castellano I. Consulta de alta resolución (CAR) de HTA: experiencia de un año. *Nefrología.* 2008;28:193-7.
10. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. 1966. *Milbank Q.* 2005;83:691-729.
11. Villegas MM, Rosa D. Calidad asistencial: Concepto y medida. 2003 [Consultado 30 Ene 2012]. Disponible en: <http://revistadyo.com/index.php/dyo/article/viewFile/142/142>
12. Hernández PJS. 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.
13. Fitzpatrick R. Surveys of patients satisfaction: I-Important general considerations. *BMJ.* 1991;302:887-9.
14. Alarcon A, Muñoz S. Medición en salud: Algunas consideraciones metodológicas. *Rev Méd Chile.* 2008;136:125-30.
15. Saturno P. Estrategias para la participación del paciente en la mejora continua de la seguridad clínica. *Rev Calidad Asistencial.* 2009;24:124-30.
16. Wheatley RR, Kelley MA, Peacock N, Delgado J. Women's narratives on quality in prenatal care: a multicultural perspective. *Qual Health Res.* 2008;18:1586-98.
17. 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;16:279.
18. Mazor KM, Clauer BE, Field T, Yood RA, Gurwitz JH. A demonstration of the impact of response bias on the results of patient satisfaction surveys. *Health Serv Res.* 2002;37:1403-17.
19. Izquierdo-García E, Fernández-Ferreiro A, Campo-Angora M, Ferrari-Piquero J, Herreros de Tejada A. Satisfacción percibida por los pacientes y por el personal auxiliar de farmacia del área de atención a pacientes externos como método de mejora de la calidad. *Rev Calidad Asistencial.* 2011;26:161-7.
20. Guix J. P < 0,05 sí, pero...: la aplicación de la metodología cualitativa en la investigación sanitaria. *Rev Calidad Asistencial.* 2003;18:55-8.
21. Britten N. Qualitative interviews in medical research. *BMJ.* 1995;311:251-3.
22. Pope C, van RP, Baker R. Qualitative methods in research on healthcare quality. *Qual Saf Health Care.* 2002;11:148-52.
23. Denzin N. Evaluating qualitative research in the poststructural moment: the lessons James Joyce teaches us. *International Journal of Qualitative Studies in Education.* 1994;7:295-308.
24. Sandin P. Criterios de validez en la investigación cualitativa: de la objetividad a la solidaridad. *Revista de Investigación Educativa.* 2000;18:223-42.
25. Nigenda G, Langer A. Métodos cualitativos para la investigación en salud pública. Situación actual y perspectivas. Cuernavaca (Méjico): Instituto Nacional de Salud Pública; 1995.
26. Hudelson P. Qualitative research for Health Programmes. Geneva: Division of mental Health, World Health Organization (WHO); 1994.
27. Fathalla MF. A Practical Guide for Health Researchers. Cairo: World Health Organization/Regional Office for the Eastern Mediterranean; 2004.
28. Ullin P, Robinson E, Tolley E. Investigación aplicada en salud pública: métodos cualitativos. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 2005.
29. Aibar C. ¿Nos creemos de verdad la necesidad de la participación del paciente? (Editorial). *Rev Calidad Asistencial.* 2009;24:183-4.
30. Lees C. Measuring the patient experience. *Nurse Res.* 2011;19:25-8.
31. van Empel IW, Nelen WL, Tepe ET, van Laarhoven EA, Verhaak CM, Kremer JA. Weaknesses, strengths and needs in fertility care according to patients. *Hum Reprod.* 2010;25:142-9.