

Original

Factores relacionados con la satisfacción del paciente en los servicios de urgencias hospitalarios

Pedro Parra Hidalgo^{a,*}, Rosa María Bermejo Alegría^b, Adelia Más Castillo^a,
María Dolores Hidalgo Montesinos^b, Rafael Gomis Cebrián^a y José Eduardo Calle Urra^a

^a Subdirección de Calidad Asistencial, Consejería de Sanidad y Consumo, Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, España

^b Universidad de Murcia, Murcia, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 28 de abril de 2011

Aceptado el 15 de julio de 2011

On-line el 15 de octubre de 2011

Palabras clave:

Satisfacción del paciente
Servicio de urgencias del hospital
Cuestionarios
Características de la población

Keywords:

Patient satisfaction
Hospital emergency service
Questionnaires
Population characteristics

R E S U M E N

Objetivos: Conocer las variables de calidad percibida que se relacionan con la satisfacción e identificar la influencia de los factores sociodemográficos en el grado de satisfacción del usuario de las urgencias hospitalarias.

Métodos: Encuesta telefónica con cuestionario de elaboración propia a una muestra de 3600 usuarios de los servicios de urgencias de nueve hospitales públicos durante los años 2008 y 2009.

Resultados: El modelo ajustado que incluye todas las variables de calidad percibida y las variables sociodemográficas explicó el 47,1% de la varianza (R^2 corregida). De todas las variables independientes incluidas, sólo ocho resultaron significativas para predecir la satisfacción del paciente. Estas variables hacen referencia al trato del personal médico ($p = 0,041$), la profesionalidad del personal de enfermería ($p = 0,010$) y del celador ($p = 0,022$), la infraestructura (limpieza y confort) ($p = 0,033$ y $0,008$), la información recibida al alta ($p = 0,000$), el tiempo pasado en urgencias ($p = 0,000$) y la percepción de tratamiento-diagnóstico sin fallos ($p = 0,028$).

Conclusiones: Los resultados obtenidos con la aplicación del cuestionario permitieron identificar las áreas donde implantar acciones correctoras mediante la identificación de los variables que influyen en la satisfacción del paciente de urgencias, así como la identificación de posibles factores de confusión a controlar para su utilización en la comparación de resultados entre diferentes hospitales. El cuestionario de satisfacción en urgencias es un instrumento útil para evaluar y mejorar la calidad asistencial.

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

Factors related to patient satisfaction with hospital emergency services

A B S T R A C T

Objectives: To determine the perceived quality variables related to satisfaction and to identify the influence of sociodemographic factors on user satisfaction with hospital emergencies.

Methods: A telephone survey was conducted with a specifically designed questionnaire for use in a sample of 3,600 users of hospital emergency services in nine public hospitals in 2008 and 2009.

Results: The adjusted model including all perceived quality and sociodemographic variables explained 47.1% of the variance (adjusted R^2). Of all the independent variables included, only eight were significant in predicting the level of patient satisfaction. These variables were related to the patient's opinion of the relationship with medical staff ($p = 0.041$), nurses' and porters' professionalism ($p = 0.010$ and 0.022), infrastructure (cleanliness and comfort) ($p = 0.033$ and 0.008), information received at discharge ($p = 0.000$), waiting time in the emergency department ($p = 0.000$) and the perception of treatment-diagnosis without failure ($p = 0.028$).

Conclusions: The variables influencing emergency patients' satisfaction were determined, allowing areas where corrective action could be introduced to be identified. In addition, possible confounding factors that should be controlled for when comparing results among distinct hospitals were identified. The emergency satisfaction questionnaire is a useful instrument to evaluate and improve quality of care.

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

Introducción

El sistema sanitario presenta, junto con las características propias del sector, otros aspectos, como intangibilidad, heterogeneidad, simultaneidad de la producción y consumo, que

constituyen particularidades que le hacen diferente de otros servicios: complejidad, rápida innovación científica y tecnológica, y una cantidad creciente de expectativas de sus usuarios, lo que implica un aumento de las exspectativas de éstos¹.

La atención urgente hospitalaria muestra otras singularidades, como son el constante aumento de la frecuentación que sufre año a año², la inadecuación en su utilización (estimada en un 30%)³⁻⁵, el hecho de que en muchas ocasiones es el primer contacto del paciente con el sistema, y ser una importante fuente de

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: pedro.parra@carm.es (P. Parra Hidalgo).

reclamaciones⁶. Estas circunstancias, unidas a que en los servicios de urgencias se trabaja con pacientes que presentan una carga de ansiedad, que el contacto es breve y con dificultad de realizar un seguimiento posterior, hace que se trate de situaciones en las cuales es importante conocer la valoración del servicio recibido, tanto por parte del paciente como por sus acompañantes¹. El resultado de esta valoración^{7,8} debe incorporarse a la evaluación y la monitorización del proceso de atención en urgencias hospitalarias, y posibilitar la comparación entre hospitales.

Es posible encontrar información sobre la opinión de los usuarios en España, aunque la que se refiere al área de urgencias es relativamente escasa⁹. Algunos trabajos, como los de Quintana et al¹⁰, Mira et al¹¹ y Carbonell et al¹², concluyen que los tiempos de espera excesivos y la baja información son las principales causas de insatisfacción, coincidiendo con los datos obtenidos en otros países^{13,14}. Thompson et al¹⁵, López Madurga et al¹⁶ y Engebråten et al⁹ informan de la importancia de la percepción de la calidad científico-técnica y de la poca o nula influencia de los aspectos estructurales en la satisfacción.

Sin embargo, salvo excepciones¹⁷, la gran mayoría de los instrumentos utilizados para medir la calidad percibida por el paciente en las urgencias hospitalarias no se han sometido a análisis métricos. La disponibilidad de una herramienta de elaboración propia que tiene propiedades métricas aceptables¹⁸ permite abordar con garantías el estudio de las características de la calidad percibida por los pacientes atendidos en centros de urgencias hospitalarias.

El objetivo de este estudio es conocer las variables de calidad percibida que se relacionan con la satisfacción, e identificar la influencia de los factores sociodemográficos en el grado de satisfacción del usuario de las urgencias hospitalarias.

Métodos

Se diseñó un cuestionario, partiendo del trabajo realizado previamente en la elaboración de una herramienta para pacientes hospitalizados, que incluye un apartado específico sobre la calidad percibida durante su estancia en urgencias previa al ingreso¹⁹. Se analizó la información obtenida en los grupos focales realizados para la elaboración del cuestionario de hospitalización, así como en tres grupos focales específicos de pacientes atendidos en los servicios de urgencias de los hospitales en diciembre de 2006. Asimismo, se efectuó una revisión de los cuestionarios utilizados en otros servicios regionales de salud.

El cuestionario consta de 31 preguntas organizadas siguiendo la secuencia del proceso de atención¹⁸, e incluye tres tipos de variables:

- Sociodemográficas, para detectar y controlar el efecto de aquellos factores que pueden afectar a las valoraciones realizadas por los sujetos.
- Calidad percibida acerca de la competencia profesional, información, infraestructura, organización, tiempo de espera y trato.
- Satisfacción del usuario, obtenida mediante una valoración numérica global.

Este cuestionario fue sometido a análisis métrico, y como resultado del análisis factorial se obtuvieron tres factores, respectivamente. Las valoraciones de estos factores se correlacionaron con la valoración de la satisfacción global de los pacientes, y se corroboró el peso de todos ellos utilizando un análisis de regresión lineal¹⁹.

Muestra

El universo de este estudio lo componían los pacientes que acudieron a los servicios de urgencias de nueve hospitales pertenecientes a la misma red de sanidad pública de la Región de Murcia, en 2008 y 2009. Se trataba de hospitales de diversos tamaños, cuyo número de camas oscilaba entre 863 y 97, y con una media de urgencias al día entre 387 y 44. Para la selección se realizó un muestreo sistemático con arranque aleatorio de muestra, escogiendo un caso de cada fracción de muestreo, calculada para cada hospital sobre el número de urgencias al día. El tamaño de la muestra fue de 200 casos por hospital y año analizado. Las fuentes de datos utilizadas para la identificación de casos fueron los listados de usuarios facilitados por la Subdirección General de Tecnologías de la Información del Servicio Murciano de Salud. La muestra fue de 3600 usuarios.

Método de recogida de los datos

La administración del cuestionario se llevó a cabo por vía telefónica con entrevistadores entrenados. Los pacientes seleccionados eran encuestados antes de que transcurrieran 48 horas desde su visita a urgencias.

Se sustituyó al paciente seleccionado cuando había fallecido, el teléfono era erróneo o pertenecía a un fax o contestador, rechazaba ser entrevistado, o fue imposible contactar con él o ella tras dos intentos realizados en distintos momentos del día.

El cuestionario se realizó al acompañante cuando los usuarios eran menores de 16 años o imposibilitados para realizar la entrevista (por causa de edad o salud), y la duración media de la prueba fue de 7 minutos y 30 segundos. Todos los cuestionarios se efectuaron entre el 26 de mayo y el 7 de junio de 2008 y del 4 al 18 de mayo de 2009.

Análisis de los datos

Se llevaron a cabo distintos tipos de análisis de los datos: procedimientos de análisis descriptivos univariados de frecuencias y porcentajes, medias y desviaciones típicas; análisis de varianza (ANOVA) y contraste de igualdad de medias para muestras independientes con la prueba *t* de Student; y análisis de la relación entre el grado de satisfacción general del usuario y el resto de las variables del cuestionario; en función del nivel de medida de las variables relacionadas se utilizó el coeficiente producto-momento de Pearson, el coeficiente de Spearman y el coeficiente biserial-puntual. Los valores de correlación obtenidos se interpretaron según el nivel de probabilidad asociado y el tamaño del efecto. Para coeficientes de correlación, según Cohen²⁰, valores menores de 0,30 indican una relación entre variables de magnitud pequeña, entre 0,30 y 0,49 una relación media y >0,49 una relación alta. En el caso de coeficientes de correlación, éstos pueden interpretarse en términos del tamaño del efecto siguiendo los criterios expuestos. Para determinar el efecto en el grado de satisfacción de las variables de calidad percibida se realizó un análisis de regresión lineal múltiple, donde la variable dependiente fue el grado de satisfacción reportada por el paciente, y se utilizaron las variables de calidad percibida y sociodemográficas como independientes.

Adicionalmente se realizaron análisis de tablas de frecuencias bivariadas entre el grado de satisfacción general del usuario y las variables de calidad percibida y sociodemográficas y tipo de encuestado (paciente o acompañante). El interés se centró en conocer la calidad percibida de los usuarios que se encontraban muy satisfechos. Para tal fin, de los valores obtenidos en el grado de satisfacción se agruparon en dos categorías: 1) sujetos con una satisfacción igual o menor que el valor 8, y 2) sujetos con grados de satisfacción iguales o mayores que el valor 9. Estas categorías se establecieron para comparar los usuarios muy satisfechos (valores 9 y 10) con el resto.

Tabla 1
Variables sociodemográficas

	Ano 2008 N (%)	Ano 2009 N (%)	Total N (%)
<i>Sexo</i>			
Hombre	816 (45,3)	811 (45,1)	1627 (45,2)
Mujer	984 (54,7)	989 (54,9)	1973 (54,8)
<i>Nivel de estudios^a</i>			
1	1085 (62,4)	1061 (60,4)	2146 (61,4)
2	506 (29,1)	559 (31,8)	1065 (30,5)
3	147 (8,5)	137 (7,8)	284 (8,1)
<i>Edad (años)</i>			
18–44	720 (50,5)	697 (50,3)	1417 (50,4)
45–64	349 (24,5)	317 (22,9)	666 (23,7)
≥65	357 (25,0)	373 (26,9)	730 (26,0)
<i>Encuestado</i>			
Paciente	1225 (68,1)	1244 (69,1)	2469 (68,6)
Acompañante	575 (31,9)	556 (30,9)	1131 (31,49)

^a Nivel de estudios agrupado: 1 = sin estudios o primarios, 2 = bachillerato elemental, bachillerato superior y formación profesional, 3 = diplomado o licenciado.

Se utilizó como estadístico de contraste de homogeneidad de la distribución de frecuencias la χ^2 de Pearson.

Resultados

Se realizaron 3600 entrevistas entre 2008 y 2009 (tabla 1), de las cuales 2469 fueron al propio paciente (68,6%) y 1131 al acompañante (31,4%). El 45,2% (1627) de los pacientes entrevistados eran hombres y el 54,8% (1973) mujeres, con una edad media de 38,96 (desviación típica [DT] = 24,75; rango: 0–102 años), similar a la encontrada en otros estudios^{1,7,10,16}. El 61,4% de los encuestados tenían estudios primarios o no tenían estudios, mientras que el 8% eran licenciados o diplomados. En la tabla 1 puede apreciarse que las características sociodemográficas de la muestra son similares en cada uno de los años.

El grado medio de satisfacción obtenido acerca de la valoración global de la atención recibida fue de 8,01 en una (DT = 1 a 10 (DT = 1,82).

La relación entre la variable edad (continua) y el grado de satisfacción fue baja, aunque significativa ($r = 0,114$; $p < 0,01$). Para saber si había diferencias en satisfacción en función de la edad del paciente (tabla 2) se realizó un ANOVA univariado, en el cual el factor de efectos fijos fue la edad agrupada en tres niveles (nivel 1: 18–44 años de edad, que supone el 50,4% de la muestra; nivel 2: 45–64 años de edad, que supone el 23,7% de la muestra; nivel 3: ≥ 65

años de edad, que supone el 26,0% de la muestra). Se encontraron diferencias significativas ($F = 33,40$; $p < 0,01$) entre los diferentes grupos de edad, de modo que los sujetos de menor edad manifestaron grados de satisfacción en promedio más bajos (media = 7,78, $DT = 1,81$) que los de mayor edad (nivel 2: media = 8,07, $DT = 1,91$; nivel 3: media = 8,47, $DT = 1,69$). Todas las comparaciones *post-hoc* resultaron significativas (prueba de Scheffé).

Para analizar las posibles diferencias en satisfacción según el nivel de estudios del paciente, se realizó un ANOVA univariado en el cual el factor fue el nivel de estudios agrupado en tres niveles (nivel 1: sin estudios o estudios primarios; nivel 2: bachillerato elemental, formación profesional o bachillerato superior; nivel 3: diplomados o licenciados). Se encontraron diferencias significativas ($F = 13,90$; $p < 0,01$). Las comparaciones *post-hoc* que resultaron estadísticamente significativas (prueba de Scheffé) fueron entre el nivel 3 y el resto de los niveles, de modo que los sujetos con mayor nivel de estudios manifestaron grados de satisfacción en promedio más bajos (media = 7,77, $DT = 1,78$) que los sujetos con menor nivel de estudios (nivel 1: media = 8,21, $DT = 1,88$; nivel 2: media = 7,83, $DT = 1,78$). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los sujetos de nivel 2 y los de nivel 3.

La media de satisfacción de los hombres fue de 7,96 ($DT = 1,76$) y la de las mujeres de 8,06 ($DT = 1,88$), sin diferencias estadísticamente significativas ($t[2109] = -1,32$; $p = 0,188$). Tampoco hubo

Tabla 2
Medias y desviaciones típicas en satisfacción general

	Media	DT	p	Año 2008			Año 2009		
				Media	DT	p	Media	DT	p
<i>Sexo</i>									
Hombre	7,96	1,76	0,188	7,98	1,81	0,300	7,93	1,72	0,419
Mujer	8,06	1,88		8,09	1,92		8,02	1,84	
<i>Nivel de estudios^a</i>									
1	8,21	1,88	<0,01	8,27	1,89	<0,01	8,16	1,86	<0,01
2	7,83	1,78		7,83	1,82		7,83	1,75	
3	7,77	1,78		7,74	1,90		7,82	1,65	
<i>Edad (años)</i>									
18–44	7,78	1,81	<0,01	7,83	1,88	<0,01	7,73	1,76	<0,01
45–64	8,07	1,91		8,08	1,97		8,02	1,88	
≥65	8,47	1,69		8,61	1,62		8,64	1,66	
<i>Encuestado</i>									
Paciente	8,02	1,84	0,647	8,05	1,88	0,441	7,99	1,79	0,133
Acompañante	7,99	1,80		8,12	1,79		7,85	1,80	

DT: desviación típica.

^a Nivel de estudios agrupado: 1 = sin estudios o primarios, 2 = bachillerato elemental, bachillerato superior y formación profesional, 3 = diplomado o licenciado.

Tabla 3
Correlaciones entre la valoración global de la satisfacción (pregunta 31) y el resto de las variables de calidad

Pregunta	Correlación con pregunta 31	p	Tamaño de la relación
2	0,049	0,010	Bajo
3	0,190	0,000	Bajo
4	-0,257	0,000	Bajo
7	-0,206	0,000	Bajo
8	0,158	0,000	Bajo
9	0,068	0,000	Bajo
10	0,507	0,000	Alto
11	0,424	0,000	Medio-alto
12	0,353	0,000	Medio-alto
13	0,370	0,000	Medio
14	-0,184	0,000	Bajo
15	-0,340	0,000	Medio
16	0,554	0,000	Alto
17	0,449	0,000	Medio-alto
18	0,362	0,000	Medio
19	0,367	0,000	Medio
20	0,275	0,000	Bajo
22	-0,176	0,000	Bajo
23	-0,172	0,000	Bajo
24	-0,218	0,000	Bajo
25	-0,138	0,000	Bajo
26	-0,143	0,000	Bajo
27	-0,333	0,000	Medio
28	-0,335	0,000	Medio

diferencias significativas entre las valoraciones realizadas cuando el entrevistado era el propio paciente (media = 8,02, DT = 1,84) o el acompañante (media = 7,99, DT = 1,80) ($t[3478] = 0,458$; $p = 0,647$).

La relación entre las variables sociodemográficas y el grado de satisfacción es similar en cada año de estudio (tabla 2).

En la tabla 3 se presentan las correlaciones obtenidas con la valoración global de la satisfacción y las variables de calidad percibida para el total de los encuestados en los dos años. Se encontraron correlaciones de alto nivel en las preguntas 10 y 16 referentes al trato y la profesionalidad del personal médico, correlaciones de nivel medio-alto en las preguntas 11, 12 y 17 referentes al trato y la profesionalidad del personal de enfermería y administrativo, y correlaciones de nivel medio en las preguntas 13, 15, 18, 19 y 27 referentes al trato y la profesionalidad del celador, la

profesionalidad del personal administrativo, la información sobre lo que le estaban haciendo y la información en el momento del alta. Asimismo, se halló una correlación de nivel medio con el tiempo que el individuo permaneció en urgencias (pregunta 28). Para el resto de las variables estudiadas, relacionadas con el estado de las instalaciones en cuanto a limpieza, temperatura y ruido (ítems 22, 23, 24, 25 y 26), y el trato y la información que reciben los acompañantes (3 y 4), sólo se encontró una correlación de nivel bajo.

En una segunda fase se realizó un análisis agrupando los sujetos en dos categorías: los que puntuaban la satisfacción con la atención recibida en urgencias con valores de 9 o 10, y los que puntuaban ≤ 8 . El 56% de los encuestados puntuó ≥ 9 su satisfacción, sin diferencias de un año a otro (54,2% en 2008 y 57,8% en 2009).

En ninguno de los dos años de estudio (tabla 4) se encontraron diferencias por sexo o por encuestado entre los individuos que puntuaban la satisfacción ≤ 8 y los que la puntuaban ≥ 9 . Sin embargo, aquellos con menor nivel de estudios, así como los mayores de 65 años, puntuaban la satisfacción más alta con diferencias estadísticamente significativas.

En las variables de calidad percibida encontramos una relación similar en 2008 y en 2009 (tabla 5). Las variables que muestran una correlación de mayor nivel con la satisfacción son las que se refieren al trato y a la profesionalidad de los diferentes colectivos del personal sanitario, así como a la consideración de que el paciente permaneció en urgencias el tiempo necesario. Al igual que en el análisis anterior, las correlaciones con las variables del estado de las instalaciones tienen un tamaño del efecto bajo.

El modelo ajustado que incluye todas las variables de calidad percibida y sociodemográficas (tabla 6) explicó el 47,1% de la varianza (R^2 corregida). De todas las variables independientes de satisfacción del paciente. Estas variables hacen preferencia al grado del personal médico, la profesionalidad del personal de enfermería y del celador, la infraestructura (limpieza y confort), la información recibida al alta, el tiempo pasado en urgencias y la percepción de tratamiento-diagnóstico correcto.

Discusión

El análisis realizado de forma independiente para los dos años, con tamaños muestrales y características sociodemográficas

Tabla 4
Distribución de frecuencias y pruebas de significación de la pregunta 31 y las sociodemográficas del cuestionario

	Año 2008		χ^2 Pearson	Año 2009		χ^2 Pearson
	≤ 8	≥ 9		≤ 8	≥ 9	
Sexo^a						
Hombre	58,7	41,3	3,244	63,3	36,7	3,413
Mujer	53,4	46,6		57,9	42,1	
Nivel de estudios^{a,b}						
1	52,2	47,8	13,621 ^d	57,0	43,0	12,797 ^d
2	61,7	38,3		65,7	34,3	
3	60,4	39,6		65,9	34,1	
Edad (años)^{a,c}						
18-44	63,5	36,5	38,512 ^d	68,9	31,1	56,504 ^d
45-64	51,0	49,0		56,1	43,9	
≥ 65	40,8	59,2		41,6	58,4	
Encuestado						
Paciente	55,6	44,4	0,028	60,0	40,0	0,294
Acompañante	55,1	44,9		61,4	38,6	

^a Se presentan datos sólo referidos a los pacientes.

^b Nivel de estudios agrupado: 1 = sin estudios o primarios, 2 = bachillerato elemental, bachillerato superior y formación profesional, 3 = diplomado o licenciado.

^c Se consideró la variable edad de manera continua, comparando la media de edad de los sujetos que habían dado una valoración ≥ 9 con la media de edad de los que habían dado una valoración ≤ 8 , mediante una prueba *t* de Student de comparación de muestras no relacionadas.

^d $p \leq 0,01$.

Tabla 5Distribución de frecuencias y pruebas de significación de la pregunta 31 y el resto de las variables de calidad del cuestionario^a

Pregunta	Año 2008		Año 2009	
	≤8	≥9	≤8	≥9
2. Estuvo acompañado				
Sí	90,2	92,8	82,9	86,6
No	9,8	7,2	17,1	13,4
3. Trato amable a los acompañantes				
Sí	96,0	99,0 ^b	97,2	98,8 ^c
No	4,0	1,0	2,8	1,2
4. Información suficiente a los acompañantes				
Sí	87,5	94,0 ^b	82,2	94,0 ^b
No	12,5	6,0	17,8	6,0
5. ¿Por qué fue a urgencias del hospital?				
Médico	70,4	17,9	20,2	21,9
Familiares	28,7	80,7	79,6	77,0 ^c
Otros	0,9	1,4	0,2	1,2
6. Cuando fue a urgencias pensaba que su problema era:				
Muy grave	4,7	5,6	2,3	3,1
Grave	50,6	45,6	43,1	47,2 ^c
Poco grave	32,2	36,1	38,7	31,4
Leve	12,6	12,7	15,8	18,2
7. Tiempo hasta ser atendido				
1	40,1	60,7	45,2	57,9
2	20,1	8,4	9,1	9,4
3	21,3	16,7 ^b	17,4	11,6 ^b
4	23,7	12,8	25,9	20,3
5	4,8	1,4	2,4	0,9
8. Respeto de intimidad				
Sí	87,0	92,5 ^b	89,3	94,1 ^b
No	13,0	7,5	10,7	5,9
10. Trato del personal médico				
Muy malo	1,3	0,0	1,3	0,0
Malo	3,1	0,0	2,3	0,1
Regular	9,2	1,0 ^b	10,2	0,7 ^b
Bueno	65,0	41,9	63,5	44,1
Muy bueno	21,4	57,0	22,7	55,0
11. Trato del personal de enfermería				
Muy malo	0,9	0,1 ^b	0,5	0,0 ^b
Malo	1,4	0,1	1,1	0,0
Regular	7,2	1,3	8,2	0,9
Bueno	70,2	44,2	68,4	47,6
Muy bueno	20,3	54,2	21,7	51,5
12. Trato del personal administrativo				
Muy malo	0,6	0,0	0,5	0,0
Malo	1,4	0,1	1,3	0,2
Regular	8,2	2,1 ^b	8,2	1,4 ^b
Bueno	74,0	56,6	73,8	54,9
Muy bueno	15,8	41,2	16,3	43,5
13. Trato del personal celador				
Muy malo	0,5	0,2	0,5	0,0
Malo	1,8	0,2	0,8	0,2
Regular	4,8	0,8 ^b	5,0	0,7 ^b
Bueno	74,6	52,9	76,0	53,2
Muy bueno	18,3	46,0	17,7	45,8
14. Identificación del personal				
Sí	77,9	87,7 ^b	79,5	90,3
No	22,1	12,3	20,5	9,7 ^b
15. Explicación de lo que estaban haciéndole				
Siempre	69,9	85,8	62,4	80,6
Casi siempre	8,7	6,7	16,0	11,5
A veces	8,1	3,9 ^b	10,6	4,6 ^b
Casi nunca	4,8	2,2	2,4	0,3
Nunca	8,5	1,7	4,3	1,0
16. Profesionalidad del personal médico				
Muy mala	1,7	0,0	1,8	0,0
Mala	2,8	0,0	3,7	0,1
Regular	11,8	1,3 ^b	11,5	1,2 ^b
Buena	63,3	68,1	66,8	52,1
Muy buena	20,4	54,0	16,2	46,5

Tabla 5 (Continuación)

Pregunta	Año 2008		Año 2009	
	≤8	≥9	≤8	≥9
17. Profesionalidad del personal de enfermería				
Muy mala	9	0,0	0,6	0,0
Mala	2,3	0,0	1,6	0,0
Regular	9,0	1,3 ^b	8,4	1,2 ^b
Buena	71,4	51,4	74,1	54,9
Muy buena	16,5	47,3	15,2	43,8
18. Profesionalidad del personal administrativo				
Muy mala	0,3	0,0	0,9	0,0
Mala	1,4	0,0	1,3	0,2
Regular	8,6	2,1 ^b	7,2	1,5 ^b
Buena	77,5	60,6	79,8	61,2
Muy buena	12,5	37,3	10,8	37,2
19. Profesionalidad del personal celador				
Muy mala	0,5	0,0	0,4	0,0
Mala	2,1	0,0	1,4	0,2
Regular	6,2	1,3 ^b	5,5	1,3 ^b
Buena	77,2	56,4	79,6	60,4
Muy buena	13,9	42,3	13,1	38,1
20. Fallos en tratamiento, pruebas o cuidados				
Sí	4,7	1,5 ^b	9,5	0,4 ^b
No	91,5	98,5	90,5	99,6
22. Limpieza en salas de espera				
Sí	91,6	97,1 ^b	91,9	96,3 ^b
No	8,4	2,9	8,1	3,7
23. Limpieza en las consultas				
Sí	96,9	99,6 ^b	95,6	99,1 ^b
No	3,1	0,4	4,4	0,9
24. Limpieza en los aseos				
Sí	77,3	90,0 ^b	79,6	88,3 ^b
No	22,7	10,0	20,4	11,7
25. Temperatura buena				
Sí	86,0	92,1 ^b	86,8	92,8 ^b
No	14,0	7,9	13,2	7,2
26. Existencia de ruido				
Sí	20,8	11,4 ^b	24,4	14,4 ^b
No	79,2	88,6	75,6	85,6
27. Explicaciones al alta				
Sí, claridad	86,9	97,8 ^b	86,4	97,2 ^b
Sí, no claro	6,7	1,0	6,4	0,7
No explica	6,4	1,2	7,2	2,1
28. Tiempo pasado en urgencias				
Alta en tiempo	74,7	92,7	75,5	93,1
Alta pronto	3,3	1,0 ^b	2,2	0,9 ^b
Alta tarde	22,0	6,2	22,3	6,0
30. ¿Considera que su problema sólo lo podían atender en las urgencias del hospital?				
Sí	89,0	90,3	86,3	91,5
Punto cont.	0,4	0,8	0,5	0,2 ^c
Centro de salud	10,5	8,8	12,6	7,7
Comp. privada	0,1	0,1	0,6	0,6

^a Se presentan datos sólo referidos a los pacientes.^b $p \leq 0,01$.^c $p \leq 0,05$.

similares, ha permitido observar la coherencia de los resultados obtenidos con independencia del año, lo cual es un indicador indirecto de la solidez de las variables a estudio.

No se observaron diferencias en el grado de satisfacción declarado cuando se entrevistó al paciente o al acompañante. En otros trabajos que investigaron predictores de satisfacción²⁵, el grado de satisfacción mediante un cuestionario autoadministrado²⁵, la hospitalización fue más bajo cuando las encuestas las respondía una persona distinta al paciente. No obstante, sería apropiado llevar a cabo investigaciones que para una misma consulta entrevistaran a ambos (acompañante y paciente).

Tabla 6
Resultados del análisis de regresión lineal y coeficientes de correlación parcial

Variable	β	t	p	Correlación parcial
2. Estuvo acompañado	-0,021	-0,574	0,566	-0,019
3. Trato amable a los acompañantes	-0,016	-0,414	0,679	-0,013
4. Información suficiente a los acompañantes	-0,036	-0,931	0,352	-0,030
6. Cuando fue a urgencias pensaba que su problema era:	0,024	0,733	0,464	0,024
7. Tiempo hasta ser atendido	-0,022	-0,609	0,543	-0,020
8. Respeto de intimidad	-0,057	-1,669	0,096	-0,054
10. Trato del personal médico	0,130	2,051	0,041	0,066
11. Trato del personal de enfermería	0,040	0,597	0,551	0,019
12. Trato del personal administrativo	-0,036	-0,485	0,628	-0,016
13. Trato del personal celador	0,122	1,764	0,078	0,057
14. Identificación del personal	-0,031	-0,855	0,393	-0,028
15. Explicación de lo que estaban haciéndole	-0,047	-1,243	0,215	-0,040
16. Profesionalidad del personal de enfermería	0,102	1,618	0,106	0,052
17. Profesionalidad del personal de enfermería	0,157	2,597	0,010	0,084
18. Profesionalidad del personal administrativo	0,123	1,620	0,106	0,052
19. Profesionalidad del personal celador	-0,166	-2,293	0,022	-0,074
20. Fallos en tratamiento, pruebas o cuidados	0,080	2,205	0,028	0,071
22. Limpieza en las salas de espera	-0,037	-0,812	0,417	-0,026
23. Limpieza en las consultas	-0,073	-1,676	0,094	-0,054
24. Limpieza en los aseos	-0,082	-2,142	0,033	-0,069
25. Temperatura buena	-0,094	-2,650	0,008	-0,086
26. Existencia de ruido	0,043	1,206	0,228	0,039
27. Explicaciones al alta	-0,136	-3,750	0,000	-0,121
28. Tiempo pasado en urgencias	-0,157	-4,324	0,000	-0,140
Nivel de estudios	-0,031	-0,853	0,394	-0,028
Edad	0,065	1,729	0,084	0,056
Sexo	0,031	0,878	0,380	0,028

R^2 corregida = 0,471.

Los resultados del análisis bivariado muestran la influencia de las variables sociodemográficas en el grado de satisfacción declarado por el paciente. El hallazgo de que a mayor nivel de estudios corresponde una menor satisfacción confirma lo ya identificado en otros trabajos^{21,22} respecto a la conveniencia de homogeneizar esta variable influye de resultar comparaciones. De igual forma, la edad influye en el resultado final, y al igual que en otros trabajos^{22-24,28-30} se observa una mayor satisfacción conforme aumenta la edad del individuo, aunque esta relación no se encuentra en todos los estudios^{31,32}.

No se hallaron diferencias significativas en el grado de satisfacción según el sexo del paciente. En otros trabajos publicados los cuantos fueren dispares, en algunos similares a los nuestros en cuanto a la ausencia de diferencias según el sexo del paciente^{21-23,32} y en otros lo contrario²⁴⁻²⁷.

Sin embargo, tras un análisis multivariado se observa que ninguna de las variables sociodemográficas fue significativa para predecir la satisfacción.

Al estudiar el comportamiento de las variables de calidad percibida (trato, profesionalidad, información, tiempos de espera, estado de las instalaciones) con la satisfacción encontramos, como en otros estudios²⁵, diferentes tipos de asociación.

En cuanto al trato, al realizar un análisis bivariado se observa su influencia sobre la satisfacción del paciente, y estas consideraciones se extienden a todas las categorías del personal sanitario, de modo similar a lo hallado en otros estudios²¹. Tras la aplicación de un modelo de regresión lineal múltiple se encuentra una correlación significativa de la satisfacción sólo con el trato médico.

La relación entre percepción de profesionalidad y grado de satisfacción se extiende también de profesionalidad y grado de profesionales en el análisis bivariado, mientras que en el multivariado esta relación se establece sólo con la profesionalidad del personal de enfermería y de los celadores. La percepción de tratamiento diagnóstico sin fallos también se relacionó de forma significativa con el grado de satisfacción.

En cuanto a las variables relacionadas con la información, sólo las explicaciones recibidas al alta se correlaciona de forma estadísticamente significativa con la satisfacción, tanto en el análisis bivariado como en el de regresión lineal.

El tamaño de la relación entre el tiempo estimado por el paciente que responde a la relación de asistencia de atención que es atendido fue bajo, mientras que la relación es mayor con la valoración del tiempo que estuvo en urgencias, es decir, si estuvo el tiempo adecuado o no según su afección, lo cual se confirma tras realizar el análisis multivariado.

Las correlaciones halladas en el análisis bivariado son de pequeño tamaño con el estado de las instalaciones, el trato y la información del paciente, según el paciente, reciben sus acompañantes. No obstante, en el análisis multivariado se encuentra una relación muy significativa entre la limpieza encontrada en los aseos y la ausencia de ruido con la satisfacción.

Una limitación del estudio puede venir de la forma de administración del cuestionario mediante entrevista telefónica, ya que con este método podría haber un sesgo de representación³¹. En este caso, el poco rechazo a ser entrevistado (4,7% en 2008 y 4% en 2009), la corta duración de la entrevista y la masiva utilización y disponibilidad de telefonía por la población (un 4% independientemente del nivel socioeconómico y cultural), pueden minimizar este posible sesgo.

Los resultados obtenidos han permitido identificar aquellas variables de calidad percibida más relacionadas con el grado de satisfacción expresado y que, por tanto, deben ser priorizadas en los programas de gestión de la calidad. Por otro lado, parece que desde el punto de vista logístico puede organizarse la metodología de la encuesta telefónica con la posibilidad de que sea respondida por el acompañante. La falta de resultados concluyentes respecto a las variables sociodemográficas, tanto en este estudio como en la bibliografía consultada, aconsejan seguir realizando los ajustes apropiados con ellas e invitan a la realización de más estudios.

¿Qué se sabe sobre el tema?

La información de la opinión de los usuarios en España es relativamente escasa sobre el área de urgencias. La gran mayoría de los instrumentos utilizados para medir la calidad percibida por el paciente en las urgencias hospitalarias no han sido sometidos a análisis de validez y fiabilidad.

¿Qué añade el estudio realizado a la literatura?

Permite identificar aquellas variables de calidad percibida más relacionadas con el grado de satisfacción expresado y que, por tanto, deben ser priorizadas en los programas de gestión de la calidad. Identifica, para el entorno del estudio, las variables sociodemográficas que influyen sobre la satisfacción del paciente respecto a las urgencias hospitalarias.

Contribuciones de autoría

P. Parra concibió el estudio y supervisó todas sus partes. R. Gomis realizó el primer borrador del artículo. R.M. Bermejo, M.D. Hidalgo y J.E. Calle realizaron los análisis e interpretaron los resultados. A. Más aportó los datos y participó en la búsqueda bibliográfica y su revisión. Todos los autores sugirieron ideas, interpretaron los hallazgos y realizaron una revisión crítica de los sucesivos borradores del manuscrito, aprobando la versión final. P. Parra es el responsable del artículo.

Financiación

Ninguna.

Conflictos de intereses

Ninguno.

Agradecimientos

A Pilar Nieto por su aportación documental.

Bibliografía

- López Madurga ET, Mozota Duarte J, González Salvatierra I, et al. Satisfacción de los pacientes atendidos en el servicio de urgencias de un hospital de agudos. *Emergencias*. 1999;11:184–90.
- Estany A. Utilización de las encuestas hospitalarias en Andalucía (1987). *Gac Sanit*. 1989;10:313–9.
- Sempere T, Peiró S, Sendra P, et al. Validez del Protocolo de Adecuación de Urgencias Hospitalarias. *Rev Esp Salud Pública*. 1999;73:465–79.
- Lee A, Hazlett CB, Chow S, et al. How to minimize inappropriate utilization of accident and emergency departments: improve the validity of classifying the general practice cases amongst the A&E attendees. *Health Policy*. 2003;66:159–68.
- Sempere T, Peiró S, Sendra P, et al. Inappropriate use of an accident and emergency department: magnitude, associated factors, and reasons - an approach with explicit criteria. *Ann Emerg Med*. 2001;37:568–79.
- Caballero A, et al. Análisis de las reclamaciones presentadas en un servicio de urgencias hospitalario. *Rev Calid Asist*. 1998;13:426–30.
- Gea MT, Hernán-García M, Jiménez-Martín JM, et al. Opinión de los usuarios sobre la calidad del servicio de urgencias del Centro Médico-Quirúrgico del Hospital Virgen de las Nieves. *Rev Calid Asist*. 2001;16:37–44.
- Fitzpatrick R. Surveys of patient satisfaction: I - Importat general considerations. *BMJ*. 1991;302:887–9.
- Engebråten O, Kallevåg T, Sørbo HB, et al. Emergency hospital admissions. A survey and consumer assessment of conditions in an emergency department admission office. *Tidsskr Nor Laegeforen*. 1995;115:2917–20.
- Quintana JM, Aróstegui I, Gracia M, et al. Encuesta de satisfacción a pacientes de servicios de urgencias de hospitales de agudos. *Rev Calid Asist*. 1998;13:220–7.
- Mira JJ, Rodríguez-Marín J, Peset R, et al. Causas de satisfacción e insatisfacción en urgencias. *Rev Calid Asist*. 2001;16:390–6.
- Carbonell MA, Aranaz JM, Mira JJ, et al. La técnica cualitativa en la mejora de la satisfacción en urgencias. *Emergencias*. 2004;16:184–9.
- Mowen JC, Licata JV, McPhail, et al. In the emergency room: how to improve patient satisfaction. *J Health Care Marketing*. 1990;10:6–15.
- Reorganizing personnel, space improves patient flow, reduces waiting times. *Ed Management*. 1994;6:33–8.
- Thompson D, Yarnold P, Williams D, et al. Effects of actual waiting time, information delivery, and expression quality on patient satisfaction in the emergency department. *Ann Emerg Med*. 1996;28:657–65.
- López-Madurga ET, Mozota J, Moliner FJ, et al. Estrenamos servicio de urgencias. ¿Mejora la satisfacción de los pacientes? *Rev Calid Asist*. 2001;16:164–8.
- Granado de la Orden S, Chacón García AC, Rodríguez Gijón LF, et al. Development and validation of a questionnaire to assess satisfaction with hospital emergency care. *Emerg Med J*. 2010 [edición electrónica] Disponible en: <http://emj.bmj.com/content/early/2010/09/22/emj.2009.084996.abstract?sid=dc7f58a8-8aff-4110-be12-09203ff30814>
- Bermejo RM, Hidalgo MD, Mas A, et al. Desarrollo y validación preliminar de un cuestionario para evaluar la calidad asistencial de los servicios de urgencias hospitalarios. *Behavioral Psychology - Psicología Conductual*. 2011; en prensa.
- Saturno PJ. Nueva encuesta posthospitalización del INSALUD. Murcia: Universidad de Murcia; 2001. 149 p.
- Cohen J. *Statistical power analysis for the behavioural sciences*. EEUU: Lawrence Erlbaum Assoc Inc.; 1988. 572 p.
- Rahmqvist M, Bara AC. Patient characteristics and quality dimensions related to patient satisfaction. *Int J Qual Health Care*. 2010;22:86–92.
- Muntlin AM, Gunningberg J, Carlsson MA. Different emergency groups request different emergency care - a survey in a Swedish emergency department. *Int Emerg Nurs*. 2008;16:223–32.
- Mateos M, Dierssen T, Rodríguez MP, et al. Diferencias en la satisfacción según el sexo en los pacientes ingresados en los hospitales de los servicios cántabros de salud. *Rev Calid Asist*. 2009;24:104–8.
- Hargraves JL, Wilson IB, Zaslavsky A, et al. Adjusting for patient characteristics when analyzing reports from patients about hospital care. *Med Care*. 2001;39:635–41.
- Quintana JM, González N, Bilbao A, et al. Predictors of patient satisfaction with hospital health care. *BMC Health Serv Res*. 2006;6:102.
- Thi PL, Briancon S, Empereur F, et al. Factors determining inpatient satisfaction with care. *Soc Sci Med*. 2002;54:493–504.
- Crow R, Gage H, Hampson S, et al. The measurement of satisfaction with health-care: implications for practice from a systematic review of the literature. *Health Technol Assess*. 2002;6:1–244.
- Jaipaul CK, Rosenthal GE. Are older patients more satisfied with hospital care than younger patients? *J Gen Intern Med*. 2003;18:23–30.
- Carminal J, Sánchez E, Schiaffino A. El análisis por segmentos de la población insatisfecha: una propuesta para optimizar la información de las encuestas de satisfacción global. *Rev Calid Asist*. 2002;17:4–10.
- Hall JA, Dornan MC. Patient sociodemographic characteristics as predictors of satisfaction with medical care: a meta-analysis. *Soc Sci Med*. 1990;30:811–8 [Published erratum appears in *Soc Sci Med*. 1990;30: following 1368.].
- Guix J. Dimensionando los hechos: la encuesta (I). *Rev Calid Asist*. 2004;19:402–6.
- Thrasher C, Purc-Stephenson R. Patient satisfaction with nurse practitioner care in emergency departments in Canada. *J Am Acad Nurse Pract*. 2008;20:231–7.