UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA
FACULTADE DE MEDICINA E ODONTOLOXÍA
DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA, SAÚDE PÚBLICA,
RADIOLOXÍA E MEDICINA FÍSICA
ÁREA DE MEDICINA PREVENTIVA E SAÚDE PÚBLICA

SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS ANTE LA ATENCIÓN A LA SALUD RECIBIDA EN UN HOSPITAL: EL CASO DEL COMPLEJO HOSPITALARIO 'JUAN CANALEJO' (A CORUÑA)

Memoria que,
para optar al Grado de Doctora,
presenta
Dña. Mª Lourdes Maceiras García

SANTIAGO DE COMPOSTELA, Julio - 1996

USC
UNIVERSIDADE
DE SANTIAGO
DE COMPOSTELA

D. JUAN MIGUEL BARROS DIOS, Profesor Titular de Medicina Preventiva y Salud Pública de la Universidad de Santiago de Compostela

CERTIFICA

Que Dña. LOURDES MACEIRAS GARCÍA, Licenciada en Medicina y Cirugía, ha realizado bajo su dirección los trabajos de investigación de la Tesis Doctoral sobre *'Satisfacción de los usuarios ante la atención a la salud recibida en un hospital: El caso del Complejo Hospitalario Juan Canalejo (A Coruña)'*.

Revisado el presente trabajo, queda conforme con su presentación ya que reúne, a su juicio, las condiciones para ser defendido como Tesis Doctoral.

Y para que así conste y surta los efectos oportunos, firma el presente certificado en Santiago de Compostela a treinta de julio de mil novecientos noventa y seis.

USC
UNIVERSIDADE
DE SANTIAGO
DE COMPOSTELA

A mi madre.

A mi padre, *in memoriam*.

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

USC
UNIVERSIDADE
DE SANTIAGO
DE COMPOSTELA

AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer a:

Juan Miguel Barros Dios, Profesor Titular de Medicina Preventiva y Salud Pública, la dirección de este trabajo y su apoyo y críticas, que hicieron posible la culminación del mismo.

Juan Jesús Gestal Otero, Catedrático de Medicina Preventiva y Salud Pública, su constante apoyo y estímulo, y el haberme integrado en el Área de la que es responsable.

Carmen Mª Cadarso Suárez, Profesora Titular de Estadística e Investigación Operativa, el tratamiento estadístico multivariante del trabajo y sus muchas aportaciones profesionales.

Manuel Domínguez Carmona, Catedrático Emérito de Medicina Preventiva y Salud Pública, el entusiasmo profesional y humano por la Medicina Preventiva y la Salud Pública, y por las personas que estamos en este campo de trabajo.

Mª Remedios Aguiar González-Redondo, Carlos Fernández González, Agustín Montes Martínez, Ernesto Smyth Chamosa, Margarita Taracido Trunk, Adolfo Figueiras Guzmán y Bahi Takkouche, profesores de Medicina Preventiva y Salud Pública, sus asesoramientos y sugerencias.

Los demás Profesores Asociados del Área, su respaldo.

Rosa Mª García España, su ayuda técnica.

Las y los colaboradores del Área, su compañía a lo largo del camino.

Josep Santacreu Bonjoch, Gerente del Complejo Hospitalario Juan Canalejo, el habernos facilitado la realización de esta encuesta en los centros que dirige.

José Rey Aneiros, Coordinador de Admisión del Complejo Hospitalario Juan Canalejo, su continuo apoyo, disponibilidad y facilitación de medios.

Mª Isabel Fariñas Pérez, Delegada Provincial del Instituto Nacional de Estadística en Ourense, sus valiosas aportaciones para la adaptación a la realidad gallega de los indicadores demográficos y socioeconómicos del I.N.E., y su rápida y atenta ayuda siempre, incluso en días festivos y horarios intempestivos..

Joan Carles March Cerdá, profesor de la Escuela Andaluza de Salud Pública, sus numerosos apoyos profesionales.

Manuel Iceta Olaizola, Director de la Fundación SM, sus apoyos y asesoramientos.

Elisardo Becoña Iglesias, Profesor Titular de Psicología Clínica y Psicobiología, José Mª Doménech Massons, Catedrático de Metodología, Mª Dolores Domínguez Santos, Profesora Titular de Psiquiatría, Bernardo García Cendán, Profesor Titular de Sociología, y Raimundo Mateos Álvarez, Profesor Titular de Psiquiatría, sus asesoramientos.

Dolores Dapena Bolaño, José Mª Fraga Bermúdez, José Luis Iglesias Diz, Manuel Iglesias Diz y Fernando Tato Herrero, médicos del Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela, Manuel Ángel Pereira Soto, médico de la Consellería de Sanidade, Ángeles Matesanz Barrios, médica del INSALUD, y Miguel Ángel Montero Benítez, médico del Servicio Andaluz de Salud, sus ayudas profesionales.

F. Javier Calvo Guinda, Nieves Lamarca Calandin, Pilar Sampedro Martínez y Ángel Segovia Largo, profesionales de la psicología y la educación, sus ayudas técnicas para la elaboración del cuestionario de satisfacción y las revisiones del texto.

Víctor Abraira, César Cárcamo, Luis Cordero, Michael Dewey, Esteve Fernández, Radhames Hernández, José Iturri, Gonzalo López-Abente, Francisco Viciana, Jesús Vioque y Julio Wong, compañeros de Salud Pública y disciplinas afines, sus aportaciones y orientaciones profesionales a través de la red de Internet por medio de las listas de Salud Pública gallega y latinoamericana, y de la de Epidemiología española.

Los usuarios del Complejo Hospitalario Juan Canalejo, el que hayan respondido a los cuestionarios, ya que sin su colaboración no se hubiese podido realizar este estudio.

Todas las personas que, de una u otra forma han cooperado en el desarrollo de este trabajo, la adhesión y el refuerzo en los momentos malos y la complicidad en los buenos, que están siempre presentes y, por suerte, se alternan, en todo trabajo largo de investigación.

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

USC
UNIVERSIDADE
DE SANTIAGO
DE COMPOSTELA

ÍNDICE

1. DESCRIPTORES 19

2. INTRODUCCIÓN 21
2.1. Conceptos 22
2.1.1. Satisfacción 22
2.1.2. Personas 30
2.1.3. Dimensiones relacionadas con la satisfacción 32
2.1.3.1. Causas 32
2.1.3.2. Consecuencias 36
2.2. Marco del tema 36
2.2.1. Europa 36
2.2.2. España 42
2.2.3. Galicia 60
2.2.4. A Coruña: Complejo Hospitalario Juan Canalejo 67
2.2.5. Países en vías de desarrollo 67
2.2.6. Medicina privada 68
2.3. Orientación de los servicios a los usuarios 71
2.4. Relación médico-paciente 73
2.5. Antecedentes 85
2.5.1. España 85
2.5.2. Galicia 90
2.6. Justificación del interés y necesidad del estudio 91

3. OBJETIVOS 97

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

3.1. Objetivo general 97
3.2. Objetivos específicos 97

4. SUJETOS Y MÉTODOS 99
4.1. Diseño de la investigación 99
4.2. Sujetos 99
4.2.1. Población del estudio 99
4.2.2. Muestra 100
4.2.2.1. Determinación del tamaño de la muestra 102
4.2.2.2. Método de muestreo 103
4.2.2.3. Método de tratamiento de la *no respuesta* 104
4.2.2.4. Error muestral 106
4.3. Métodos 107
4.3.1. Revisión bibliográfica 107
4.3.2. Elaboración de un cuestionario de satisfacción de usuarios 108
4.3.2.1. Validez 108
4.3.2.2. Fiabilidad 111
4.3.2.3. Cuestionario 117
4.3.2.4. Generación y recodificación de variables 121
4.3.2.5. Método de recogida de datos 123
4.3.2.6. Encuestadores 128
4.3.2.7. Encuesta piloto 129
4.3.3. Tratamiento informático 130
4.3.4. Tratamiento estadístico 131
4.3.4.1. Análisis univariante 132
4.3.4.2. Análisis bivariante 133
4.3.4.3. Análisis multivariante 135
4.3.4.3.1. Simplificación estructural 136
4.3.4.3.2. Análisis de interdependencia 142

5. RESULTADOS 145

5.1. Proporción de respuesta 145
5.2. Fiabilidad del cuestionario 145
5.3. Datos de la encuesta 146
5.3.1. Grado de concordancia entre las entrevistas personales y telefónicas 146
5.3.2. Análisis univariante 147
5.3.2.1. Datos demográficos y socioeconómicos 147
5.3.2.2. Datos de gestión de recursos 156
5.3.2.3. Datos de ingreso y alta 163
5.3.2.4. Datos del personal médico 168
5.3.2.5. Datos del personal de enfermería 172
5.3.2.6. Datos de otro personal 175
5.3.2.7. Datos del entorno 177
5.3.2.8. Datos generales de satisfacción 179
5.3.2.9. Desarrollo de la entrevista 180
5.3.3. Análisis bivariante 181
5.3.3.1. Relación entre la satisfacción de los usuarios y las demás variables del estudio 181
5.3.3.2. Satisfacción y variables demográficas y socioeconómicas 182
5.3.3.3. Satisfacción y datos de gestión de recursos 184
5.3.3.4. Satisfacción y datos de ingreso y alta 187
5.3.3.5. Satisfacción y datos del personal médico 189
5.3.3.6. Satisfacción y datos del personal de enfermería . . 191
5.3.3.7. Satisfacción y datos de otro personal 192
5.3.3.8. Satisfacción y datos del entorno 193
5.3.3.9. Datos generales de satisfacción 194
5.3.3.10. Desarrollo de la entrevista 194
5.3.4. Análisis multivariante 195
5.3.4.1. Análisis factorial de componentes principales 195
5.3.4.1.1. Datos demográficos y socioeconómicos . . . 195

5.3.4.1.2. Datos de gestión de recursos 199
5.3.4.1.3. Datos de ingreso y alta 203
5.3.4.1.4. Datos del personal médico 205
5.3.4.1.5. Datos del personal de enfermería 208
5.3.4.1.6. Datos del entorno 212
5.3.4.1.7. Análisis final 214
5.3.4.2. Análisis discriminante de correlación canónica . . . 220
5.3.4.2.1. Datos demográficos y socioeconómicos . . . 221
5.3.4.2.2. Datos de gestión de recursos 225
5.3.4.2.3. Datos de ingreso y alta 232
5.3.4.2.4. Datos del personal médico 239
5.3.4.2.5. Datos del personal de enfermería 246
5.3.4.2.6. Datos del entorno 253
5.3.4.2.7. Análisis final 260

6. DISCUSIÓN 273
6.1. Discusión de los *métodos* 273
6.1.1. Diseño de la investigación 273
6.1.2. Método de muestreo 274
6.1.3. Método de tratamiento de la no respuesta 275
6.1.4. Validez del cuestionario 276
6.1.5. Fiabilidad del cuestionario 276
6.1.6. Cuestionario 277
6.1.7. Generación y recodificación de variables 278
6.1.8. Problemas para medir la satisfacción de los usuarios 280
6.1.9. Método de recogida de datos 282
6.1.10. Período de recogida de las preguntas 283
6.2. Discusión de los *resultados* 284
6.2.1. Fiabilidad del cuestionario 284
6.2.2. Entrevistas personales y telefónicas y *no respuesta* 284

6.2.3. Datos demográficos y socioeconómicos 285
6.2.3.1. Datos de gestión de recursos 305
6.2.3.2. Datos de ingreso y alta 315
6.2.3.3. Datos del personal médico 320
6.2.3.4. Datos del personal de enfermería 326
6.2.3.5. Datos del entorno 331
6.2.3.6. Resumen 335
6.2.3.7. Análisis final 338
6.2.3.8. Insatisfacción 348

7. CONCLUSIONES 353

8. BIBLIOGRAFÍA 355

9. ANEXOS 389

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

USC
UNIVERSIDADE
DE SANTIAGO
DE COMPOSTELA

1. DESCRIPTORES

Hemos elegido los siguientes descriptores o palabras clave porque creemos que son los que mejor definen la esencia del trabajo. Y fueron, asimismo, los utilizados en la búsqueda bibliográfica.

Calidad asistencial/de servicio percibida/técnica y relacional.
Encuestas/cuestionarios de satisfacción.
Evaluar.
Expectativas.
Gestión.
Hospitalización.
Modelo de análisis de la diferencia.
Opiniones.
Participación.
Satisfacción de los enfermos/pacientes/usuarios/clientes/consumidores.
Servicios sanitarios.
SERVQUAL.

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

USC
UNIVERSIDADE
DE SANTIAGO
DE COMPOSTELA

2. INTRODUCCIÓN

La gestión de la calidad[a,1,2,3,4] de unos servicios se lleva a cabo por medio de una tríada de procesos[5,6,7,8] de gestión[9,10,11,12,13]:

* planificación de la calidad;
* control y evaluación de calidad;
* mejora de la calidad.

Para poder evaluar la calidad de los servicios sanitarios que se prestan a la población, es necesario contar con la opinión de las personas que los utilizan. La creciente importancia que han ido adquiriendo en toda Europa los estudios de evaluación de la opinión del usuario refleja, por una parte, el creciente protagonismo de los consumidores en el proceso de la asistencia sanitaria y, por otra, el progresivo desarrollo de la metodología de control de calidad. A partir de 1965 empezaron a desarrollarse de forma estructurada dichos estudios, que cubren prácticamente todas las áreas de la atención sanitaria[14], aunque, más específicamente, el pistoletazo de salida lo dieron los trabajos realizados por Bárbara Hulka y su equipo en la Universidad de Carolina del Norte (Estados Unidos) en 1970[15]. Aunque ya en 1961 Seeman y Evans habían hecho unos estudios que, con el tiempo, se convertirían en históricos, sobre la influencia de la organización y estructura de los servicios médicos en los usuarios, tanto en el aspecto físico como psíquico[16,17].

Hoy por hoy, la participación del usuario está considerada como un requisito indispensable en los programas de Evaluación y Mejora de la Calidad (E.M.C.)[18,19,20,21,22]. Las formas de participación de los usuarios en los servicios sanitarios pueden ser diversas; pero, fundamentalmente, se dividen en dos grupos[23]:

---

[a] Las referencias bibliográficas de este trabajo de investigación están numeradas por orden de aparición en el texto según indican las normas del sistema Vancouver (International Committee of Medical Journal Editors, 1993).

a) *activas:* elección de los profesionales por los que desean ser atendidos, quejas y reclamaciones, asociaciones de usuarios y consumidores, Consejos de Salud y otros órganos de participación comunitaria en salud;

b) *requeridas por el sistema sanitario:* encuestas de satisfacción, opinión y expectativas, grupos focales, informadores clave y otras técnicas de investigación cualitativa, e informes de los usuarios.

Así que, como vemos, una manera importante de medir la calidad asistencial es saber cuál es la satisfacción de los usuarios con la asistencia sanitaria que reciben[24,25]. Y éste es un tema que interesa a tres tipos de profesionales:

a) los que se dedican a la calidad asistencial, porque la insatisfacción que resulta de un estudio, les proporciona oportunidades de mejorar;

b) los que están interesados en la evaluación de los servicios, porque la satisfacción es un resultado de la asistencia;

c) los que trabajan en la investigación sobre los servicios sanitarios, para encontrar los factores que expliquen la satisfacción del usuario con los servicios sanitarios en general.

Aunque, en la práctica, estos tres grupos podrían unirse en uno sólo y trabajar en equipo con un objetivo muy claro: evaluar para mejorar.

La satisfacción de la población asistida por un sistema sanitario[26,27] es un componente de la legitimación de ese sistema[28,29] y, por lo tanto, se ha convertido en un objetivo relevante de los sistemas sanitarios[30,31].

En el presente trabajo de investigación[32,33,34,35] abordamos la satisfacción de los usuarios[36,37,38,39] con los servicios recibidos durante su hospitalización[40,41,42,43] en el Complejo Hospitalario Juan Canalejo[44,45,46,47,48].

2.1. Conceptos

2.1.1. Satisfacción

La definición que nos da el *Diccionario de la Lengua Española* de 'satisfacción', palabra que proviene de la latina *satisfactio*, en su acepción 6ª es "cumplimiento del deseo o del gusto", y de 'insatisfacción' es "falta de satisfacción".

De todos modos no es tarea fácil definir la satisfacción con unos servicios recibidos (sean los servicios de salud u otros).

La satisfacción es una palabra plural que encierra significados no sólo técnicos y funcionales, sino también psicológicos y sociales, y cuyos significados pueden ser muy diversos según quien la utilice y la finalidad con que lo haga. Por lo tanto las interpretaciones que se pueden hacer del término son amplias, pero concretándolas y yendo de lo más general a lo más particular, se encontró un punto común de confluencia.

Así, tenemos definiciones globalizantes como la que dio Portigal[49] sobre la satisfacción en el trabajo: "La satisfacción es algo sentido por los individuos en referencia a un estado de cosas particular. Ese 'algo' entraña las percepciones del individuo, entraña las evaluaciones en función de su sistema de valores único pero dividido y puede entrañar toda una gama de sentimientos en respuesta a aquello que es percibido y estimado. A nivel individual, por lo tanto, la satisfacción procurada por el trabajo no debe servir de barómetro preciso de las variaciones en el estado de cosas subyacentes. La percepción será selectiva, los marcos de referencia particulares pueden deformar las estimaciones". Definición que encierra algunos puntos fundamentales para entender qué es la satisfacción: percepciones, evaluaciones y sentimientos, que conforman la actitud con respecto a un determinado estado de cosas[50,51]; las estimaciones, lejos de ser objetivas, se ven deformadas por los marcos de referencia y por la selectividad de las percepciones: satisfacción con respecto a algo no quiere decir que ese algo sea correcto, beneficie al individuo o, incluso, que no le perjudique. Estando así las cosas, hay que acercarse al concepto de satisfacción sin prejuicios y pensando que entender qué es lo que determina la satisfacción o insatisfacción de los individuos no es tarea fácil ni, por supuesto, tarea acabada.

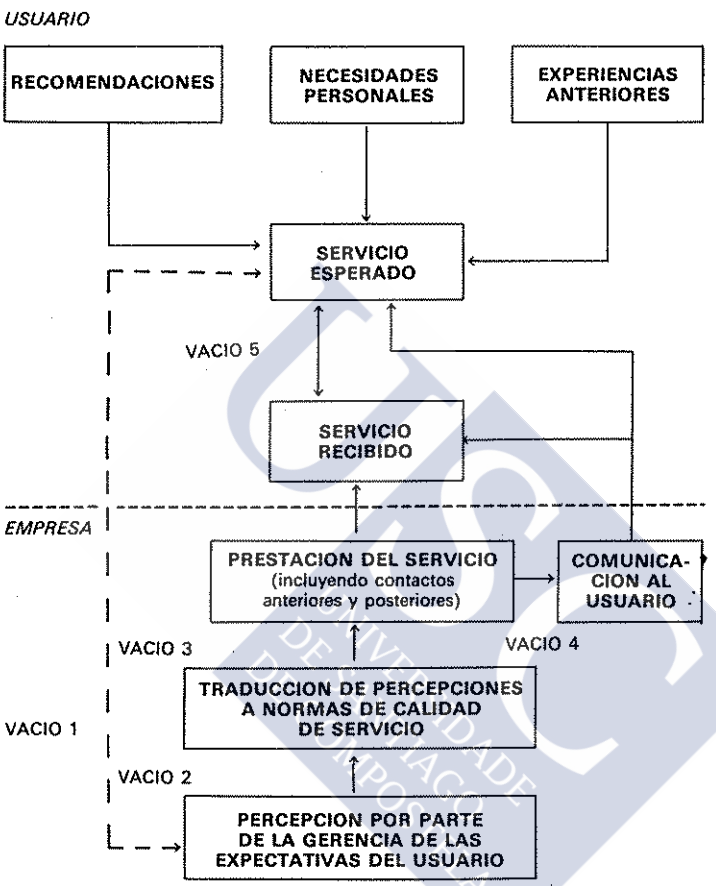
Hemos ido evolucionando hacia definiciones más concretizantes, en las cuales ha ido participando cada vez más 'la técnica del mercado', la *mercadotecnia* (conocida también por su nombre inglés: *marketing*), término del campo del comercio, que se introdujo en los servicios sanitarios cuando se empezó a hablar de 'la venta de servicios sanitarios' (hablaremos algo de esta *venta* más adelante, en el parágrafo 2.2.2.).

Hay, a pesar de todo, diversidad de conceptos, de ámbitos de aplicación y de metodologías, y, por lo tanto, diferentes instrumentos de medida. Se han realizado algunos estudios de satisfacción con cuestionarios que pretenden medir la satisfacción global como un todo, pero lo más usual es que se utilicen instrumentos que contengan *ítems* referidos a las diferentes dimensiones de la satisfacción que hayan sido definidas en el marco teórico de cada estudio.

Decíamos arriba que, hoy por hoy, sobre todo en aras de la funcionalidad, se llegó a un punto común en la definición de la satisfacción, y es con este presupuesto con el que vamos a trabajar: la entendemos como la diferencia entre lo que se espera recibir del sistema (expectativas existentes antes de utilizarlo) y la percepción del servicio recibido de él (después de su utilización). Si lo que el usuario percibe es igual o mejor de lo que esperaba, quedará satisfecho, si es peor, quedará insatisfecho. La diferencia existente entre lo esperado y lo recibido, es lo que nos da el nivel de satisfacción[52].

Esta definición tiene su origen en el 'modelo de calidad de servicio' de Parasuranam *et al.*[53] Estos autores desarrollaron un modelo teórico, el *'Gap Analisys Model'*, para analizar la calidad del servicio en la relación entre proveedor y usuario. Este *'modelo de análisis de las diferencias'* (o *'de los vacíos'*) pertenece al campo de la mercadotecnia de servicios[54] y estos autores han puesto el énfasis en la calidad de servicio percibida por el usuario. Según ellos, la calidad percibida es la evaluación global de la excelencia de una entidad o proveedor[55], como consecuencia de la comparación entre las expectativas y la percepción de los resultados reales[56]. El modelo se desarrolla de la siguiente forma (ver figura 1.M.):

Figura 1.M. Un modelo de calidad de servicio que define la satisfacción de los usuarios.



Fuente: Parasuraman A, Zeithaml VA. Differential perceptions of suppliers and clients of industrial services. En: Beny A *et al. Emergins perspectives on services marketing*. Chicago: American Marketing, 1982. Citada en: Chias J. *El mercado son personas. El marketing en las empresas de servicios*. Madrid: McGraw-Hill, 1991; 96.

El *usuario*: *a)* según sus necesidades personales, sus experiencias anteriores y las recomendaciones recibidas de otras personas ⇒ *b)* espera un servicio (servicio esperado, expectativas).

La *empresa*: *a)* según la percepción que tenga la gerencia de las expectativas del usuario ⇒ *b)* las traduce a normas de calidad de servicio ⇒ *c)* según estas normas y las de los propios profesionales, estos prestan el servicio (incluyendo contactos anteriores y posteriores del profesional con el usuario) y ⇒ *d)* comunican al usuario los resultados.

El *usuario*: *c)* recibe la prestación (servicio recibido).

A lo largo del desarrollo del modelo, pueden existir, según estos autores, cinco vacíos o diferencias:

1º Entre la percepción por parte de la gerencia de las expectativas del usuario y las expectativas reales (servicio esperado) de éste.

2º Entre la percepción por parte de la gerencia de las expectativas del usuario y la traducción de estas percepciones a normas de calidad.

3º Entre la traducción de las percepciones a normas de calidad y la prestación real del servicio de acuerdo con estas normas.

4º Entre la prestación del servicio y la comunicación con el usuario (hay quien hace la historia clínica, explora y trata, sin más).

5º Entre la prestación del servicio (servicio recibido) y el servicio que esperaba recibir el usuario. Y esta *5ª* diferencia o vacío es la que nos da la satisfacción global del usuario con el servicio.

De este modelo Chias[57] especifica que la calidad a controlar tiene que ser la diferencia entre las expectativas (servicio esperado) y la prestación recibida (servicio recibido). Y que los factores determinantes de la calidad del servicio se pueden agrupar en tres bloques:

- Propiedades de *búsqueda*, que el consumidor pueda determinar antes de adquirir el servicio: los elementos tangibles y la credibilidad.

- Propiedades de *experiencia*, que sólo pueden descubrirse después de la compra o durante el uso: la accesibilidad, la cortesía del personal, la fiabilidad, la capacidad de respuestas, la comprensión hacia el usuario y la comunicación con él.

- Propiedades de *credibilidad*, que sólo pueden evaluarse por el usuario después del uso: la competencia profesional y la seguridad.

Por lo tanto, ésta es una 'teoría de la *discrepancia'*: la satisfacción del usuario depende de sus expectativas y su percepción del servicio sanitario que ha recibido[58]. El concepto de satisfacción va estrechamente ligado al concepto de preferencias subjetivas o expectativas depositadas[59]. La satisfacción con el servicio ofrecido o con el proveedor acumula información sobre una valoración personal, que no puede conocerse mediante la observación externa. En definitiva la satisfacción es un concepto que pretende captar información sobre la prestación de un servicio más allá de la información sobre la realidad objetiva que tiene el proveedor.

Por otro lado, suponiendo que disponemos de un instrumento de medida y detectamos insatisfacción, nos tendríamos que preguntar: ¿tenemos que modificar nuestra estrategia de prestación del servicio o tenemos que cambiar las expectativas, preferencias o estándares con el fin de aumentar el nivel de satisfacción?[60], ¿son las expectativas del usuario suficientes para definir un servicio? Chias especifica: "Las expectativas están muy condicionadas por las estrategias de comunicación. El usuario tiene necesidades genéricas y específicas del servicio en general, pero no las específicas de cada servicio en particular. Las expectativas del servicio en general están fuertemente condicionadas por el entorno económico, social y cultural"[57].

Analizándolo así, nos damos cuenta de que la satisfacción es un *continuum* individual-social. Y que también es un *continuum* en sí misma, no sabemos donde acaba la satisfacción y empieza la insatisfacción[61]. Aunque hay autores que afirman que *bienestar* y *malestar* no son dos polos en una escala, sino dos dimensiones distintas con causalidad distinta[62], y que el bienestar depende más de las características de la personalidad y de las redes sociales de soporte, y el malestar depende más del status socio-económico y de la salud. Ahora bien, cuando elaboramos unos indicadores cuantitativos y somos capaces de situar a los individuos dentro de una escala, la satisfacción es un *continuum*[63].

No conviene abandonar la definición de satisfacción sin hablar antes de otros dos modelos de calidad, muy interrelacionados con el de Parasuraman.

El de Grönroos[64], creador de la escuela nórdica de servicios, que mantiene la definición de calidad (control de las diferencias), pero la relaciona más directamente

con la imagen que se da del servicio. Dice que la valoración que hace el usuario es el resultado de dos percepciones: la de las expectativas y la del servicio recibido. Y distingue en la imagen dos componentes: la *calidad técnica*, relacionada con el *qué* (conocimiento técnico de los profesionales, soluciones técnicas, maquinaria, sistemas informáticos), y la *calidad funcional*, relacionada con el *cómo* (actitudes, relaciones internas, comportamiento, orientación al servicio, apariencia, contactos exteriores, accesibilidad).

Y el de Eiglier y Langeard[65], dirigido a lo que ellos llaman los elementos de *servucción*: SERVicios+prodUCCIÓN (producción de productos aplicada a los servicios), ya que la calidad depende:

- en el *soporte físico* de: su calidad intrínseca, su sofisticación, su mantenimiento, su facilidad de uso;
- en el *personal* de: su cualificación, su presentación, su disponibilidad;
- en los *clientes* de: su similaridad, su eficacia de participación.

En este enfoque aparece, por primera vez, el *cliente* en relación con los otros clientes que coinciden con él en el punto de prestación del servicio. Su valor como referencia a la utilidad social del servicio es evidente y confirma una vez más que cada servicio tiene un público objetivo y cada público objetivo quiere un servicio especializado para él.

Todos los estudios internacionales coinciden en que[57]:

- la calidad de un servicio es más difícil de evaluar que la de un bien tangible;
- la percepción de la calidad es el resultado de la comparación de las expectativas con la prestación en sí;
- la evaluación de la calidad no es sólo el resultado (servicio), sino también el proceso de prestación del mismo.

Varo hace una interesante apreciación sobre lo que los profesionales opinan de lo que opinan los usuarios: "El objetivo de los servicios sanitarios es satisfacer las

necesidades de sus usuarios; consecuentemente, el análisis de la satisfacción de los mismos, aunque difícil de realizar, es un instrumento de medida de la calidad de la atención médica. Hay dos criterios, comúnmente esgrimidos, que suponen un obstáculo a la orientación de los servicios sanitarios al cliente y a la satisfacción de sus necesidades y preferencias. El primero de ellos es pensar que el servicio sanitario se debe dirigir a satisfacer las necesidades de salud, definidas éstas como el grado de atención médica que los expertos consideran preciso, y dejar las demandas y preferencias del usuario en segundo plano. El segundo es creer que los consumidores no pueden evaluar correctamente la calidad técnica de la atención médica, con lo cual se contrapone la satisfacción de los clientes, su experiencia positiva, a la calidad intrínseca de la asistencia sanitaria. Este último criterio se completa con la creencia de que los usuarios valoran cuestiones distintas y enfrentadas a las valoradas por los profesionales sanitarios, cuando evalúan la calidad de la asistencia sanitaria.

Sin embargo, ambos criterios no son enteramente correctos. Los consumidores de servicios sanitarios tienen necesidades percibidas genéricas y derivadas que dan lugar a demandas de atención médica al expresarse. Las necesidades, además, pueden ser absolutas y relativas, estas últimas relacionadas con la moda y, por tanto, reveladoras de las preferencias del consumidor. Por otra parte, se ha comprobado que los usuarios correlacionan su grado de satisfacción con los índices de calidad técnica desarrollados por los profesionales. O lo que es lo mismo, existe una correlación entre la calidad intrínseca de la atención médica y la calidad percibida de la misma"[66].

A pesar de todo, como se dijo en octubre del 95 en el Congreso[67] sobre 'Salud, Equidad y Satisfacción: ¿Productos de la Atención Sanitaria?': "Nadie pone en duda que la salud y la calidad de vida asociada a la salud de la población tienen que ver con los servicios sanitarios, aunque sea en parte, y que esta relación justifica la existencia misma de tales servicios. Sin embargo, el impacto en salud y en calidad de vida de las intervenciones sanitarias sigue sin evaluarse rutinariamente y todavía se tiene relativamente poco en cuenta a la hora de organizar y gestionar el sector. Algo parecido puede decirse de la satisfacción, que ya se considera un propósito imprescindible de los

servicios, sobre todo en su dimensión de legitimación, aunque su cuantificación y análisis siga siendo bastante elusiva. En cambio, apenas se tiene en cuenta la satisfacción como componente de la salud misma de las personas. En cuanto a la equidad, la preocupación más importante se centra en la disponibilidad de acceso que parece bastante aceptable para nuestro sistema, aunque persisten notables desigualdades en la utilización real de los servicios, por género y según factores socioculturales"[68]. Nos hacemos eco de que "apenas se tiene en cuenta la satisfacción como componente de la salud misma de las personas" y sería bueno empezar ya a pensar seriamente en ello.

2.1.2. Personas

En cuanto a la denominación de las personas que reciben los servicios sanitarios, creemos que cliente, *cliens*, aún no es real porque no existen suficientes opciones de elección, y paciente, *patiens*, no es deseable, dado que, según el *Diccionario de la Lengua Española*, es aquella persona "que sufre y tolera los trabajos y adversidades sin perturbación del ánimo; sujeto que recibe o padece la acción del agente". Como escribió Segura: "La reforma de los servicios sanitarios públicos se acompaña, en algunos casos, de propuestas de cambio en el vocabulario. Destaca entre ellas, la de utilizar el término 'cliente' en lugar de 'enfermo' o 'paciente'. Cliente viene del latín *cliens*, alguien que escucha u obedece, un plebeyo que, debido a su servilismo, ganaba la protección de un patricio.

En la actualidad, se reconoce como cliente a quien compra habitualmente en un establecimiento o a la persona que acude con asiduidad a los servicios de un profesional.

Esta modificación del léxico refleja los cambios que persiguen las reformas sanitarias en curso en el papel que desempeña cada uno. Precisamente por ello, algunos consideran impropia la denominación de cliente porque la posibilidad de elección es limitada. Esta oposición se asocia a menudo al rechazo de la privatización de los servicios sanitarios, pero también se da entre médicos que se consideran profesionales liberales.

El término paciente, que en latín significa alguien que sufre o que se resigna, acostumbra a ser el que los médicos prefieren. Pero es dudoso que sea la denominación que escoja la población. Salta a la vista que el propósito de los servicios sanitarios públicos en los que se propugna el nuevo vocabulario no es, precisamente, alterar el papel actual de las personas que utilizan tales servicios, hasta el punto de convertirlos en auténticos clientes, es decir, que toda la organización gire en torno a la satisfacción de sus demandas, sean cuales sean. Pero sí se trata de ampliar las posibilidades de elección, dentro de unos límites razonables, y, desde luego, de tener en cuenta la naturaleza de las preferencias de las personas que deben utilizarlos.

La confianza es uno de los elementos permanentes y más convenientes en las relaciones entre quienes buscan cuidados y atención y quienes los procuran, aunque, como tantas características de los servicios sanitarios, haya evolucionado mucho en los últimos tiempos. Dado que la relación entre quien atiende y quien es atendido no se da en condiciones de igualdad, de simetría, porque el profesional es más experto, y, sobre todo, porque tiene autoridad para decidir técnicamente, la confianza racional supone admitir una cierta responsabilidad de quien busca atención.

El término paciente refleja, pues, la asimetría, mientras que la denominación cliente plantea una vía de escape a la dependencia, la de la confianza. Aunque, para que tal vía exista, la capacidad de elección debe ser real. Emplear el término cliente sin que la persona disponga de opciones verosímiles es un eufemismo demagógico. El hábito no hace al monje, pero en algunas ocasiones provoca cambios de actitud.

De todos modos, si confiamos en el modelo de organización social que tenemos en la actualidad, donde la igualdad de derechos y deberes del ciudadano es un deseo común, no estaría de más escuchar a quienes tienen el derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria, aunque lo que menos les preocupe sea cómo se les denomine"[69].

El término consumidor alude al "que consume" y consumir, *consumere*, se define en el diccionario como "destruir, extinguir, gastar" y tampoco nos parece el más apropiado, además, hoy en día, el término consumidor es equivalente al de cliente, así que tiene las mismas limitaciones en las posibilidades de elección[70]. Enfermo,

infirmus, es el "que padece enfermedad", y hay personas que se van a hacer controles y revisiones preventivas o análisis y exploraciones rutinarias, con lo cual no se les puede llamar enfermas. Por todo lo expuesto, nos hemos decidido por el término usuario, *usuarius*, "que usa ordinariamente una cosa; aplícase al que tiene derecho de usar de la cosa ajena con cierta limitación", en este caso la limitación sería estar afiliado o no a la Seguridad Social (S.S.), y 'la cosa ajena' sería, no tanto 'ajena', sino 'común', a todas las personas afiliadas a la S.S.

A pesar de todo, en las citas se han respetado, lógicamente, las terminologías originales de sus autores.

2.1.3. Dimensiones relacionadas con la satisfacción

2.1.3.1. Causas

Hay estudios que relacionaron algunas variables con la satisfacción y otros estudios contradijeron esa relación, la negaron o no aparecía por ningún lado[71,72]. Esto, de todos modos, se observa con frecuencia en los metaanálisis[73].

Es curioso, por ejemplo, que la satisfacción en el trabajo no esté relacionada con la satisfacción vital según algunos estudios[74], cuando, en un esquema elemental y a primera vista, sí las relacionaríamos..., ¿son problemas al medirlas?, ¿son sólo problemas de medición?[75,76]

En tanto en cuanto se han ido sucediendo los trabajos llevados a cabo, han ido aclarándose las variables que tienen relación con la satisfacción de los usuarios y las que son variables de confusión.

Había dos explicaciones para estos resultados contradictorios: la sustantiva (debilidades conceptuales en la definición) y la metodológica (problemas de medición). Definir la satisfacción y medirla ha sido durante bastante tiempo controvertido. Hoy, como ya hemos visto, aunque haya diferencias, existe bastante consenso sobre su definición y la de control de calidad.

Las dimensiones relacionadas con la satisfacción se pueden analizar desde dos perspectivas: la de la investigación en los servicios sanitarios y la de la mercadotecnia

de los servicios. Estas variables son muy útiles como elementos operativos de trabajo y no sólo para estudiar la satisfacción de los usuarios.

En la *investigación en los servicios sanitarios* los esfuerzos se han centrado en encontrar los factores o dimensiones que expliquen la satisfacción de los usuarios con los servicios sanitarios en general.

Bárbara Hulka *et al.*[15,77] realizaron un cuestionario para evaluar la satisfacción como una aproximación a la medida de los resultados, fundamentalmente dirigido a comprender las actitudes hacia los médicos y hacia el sistema sanitario, en diferentes segmentos de la población. Según estos autores, existen tres dimensiones relevantes para medir la satisfacción: competencia profesional, condiciones personales y coste/comodidad[78].

Ware *et al.*[79,60] consideran la satisfacción como una evaluación personal, y, por lo tanto, subjetiva, de los servicios sanitarios y de los proveedores; desde este punto de vista, un nivel determinado de satisfacción aporta información tanto de la asistencia recibida como de las preferencias del usuario. Según estos autores, las dimensiones relevantes para medir la satisfacción son: actuación interpersonal, calidad técnica, accesibilidad/comodidad, financiamiento, eficacia/resultados, continuidad, entorno físico y disponibilidad. El trabajo de este equipo ha tenido una amplia difusión y aplicación en norteamérica en los últimos años; sobre todo, la aplicación desarrollada por encargo del *Group Health Association of America* (GHAA), entidad que agrupa a las *Health Maintenance Organizations* (HMO) (Organizaciones de Mantenimiento de la Salud, que son seguros de salud con ofertas *cerradas*[80,81]) y que ha dado lugar a la encuesta *GHAA'S Consumer Satisfaction Survey*[82].

Roberts *et al.*[83] hicieron una comparación de los cuestionarios de Hulka y Ware, y observaron que los dos eran fiables, válidos, fáciles de aplicar y administrar y conducían a resultados comparables en la satisfacción total.

Donabedian propone emplear la visión de los usuarios, como medida de la calidad asistencial, sobre tres componentes susceptibles de generar satisfacción: relación interpersonal, entorno y comodidad, y competencia técnica y profesional[84].

Se han hecho otros estudios que ofrecen aproximaciones psicosociales bastante completas, y definieron cinco dimensiones de la satisfacción: calidad de la atención, accesibilidad/conveniencia, aspectos financieros, ambiente material y capacidad de los recursos[85,86,87,88,89,90,91,92].

En la *mercadotecnia de los servicios* los esfuerzos se han centrado en el control de la calidad de servicio percibida, que es una evaluación global del nivel de acuerdo o desacuerdo entre las expectativas de los usuarios y sus percepciones del servicio recibido.

Para su medida Parasuraman *et al.* elaboraron un cuestionario llamado SERVQUAL[55], basado en una escala múltiple para medir la calidad de servicio percibida por parte de los usuarios. Las dimensiones que señalaron como relevantes para medirla fueron: elementos tangibles (edificio, equipamientos y apariencia del personal), fiabilidad (capacidad de realizar el servicio cuidadosamente y con competencia), interés (deseo de ayudar a los usuarios y ofrecer un servicio rápido, capacidad de respuesta), garantía (conocimientos y atención de los trabajadores y su habilidad para inspirar responsabilidad y confianza) y empatía (atención individualizada a los usuarios). Las dos últimas resultan de una agrupación de otras dimensiones anteriores con comunicación, credibilidad, seguridad, competencia, cortesía, conocimiento/comprensión y accesibilidad. Realmente todas estas dimensiones son el resumen de otras que había definido Paul Flippo[93]: fiabilidad, capacidad de respuesta, tangibilidad, cortesía, competencia, seguridad, credibilidad, accesibilidad, comunicación, comprensión y conocimiento del cliente. Por otro lado, en el mundo de los servicios profesionales a empresas, se habla de que un servicio profesional de calidad implica: a) calidad técnica (es decir, profesionalidad, *know-how*, 'saber hacer', respuestas adecuadas a los problemas de los clientes) y b) calidad de servicio (es decir, la forma en que se entrega la anterior a los clientes)[94].

El SERVQUAL define nueve puntos que serían los elementos básicos de la valoración de la calidad de un servicio por los usuarios[95]:

1.- Accesibilidad: Facilidad de contacto. Facilidad de acceso físico y telefónico. Tiempos de espera. Horario adecuado.

2.- Capacidad de respuesta: Hacerlo a su tiempo. Agilidad de trámites. Diligencia.

3.- Fiabilidad: Realizar las cosas bien a la primera. Exactitud.

4.- Comunicación: Comprensión del lenguaje. Escucha. Conocimiento de la cartera de servicios. Consideración hacia el usuario. Pedir opinión al mismo.

5.- Cortesía: Amabilidad del personal.

6.- Competencia: Conocimientos y habilidades del personal para realizar el servicio. Coordinación interna de la organización.

7.- Seguridad: Seguridad física, incremento o disminución al estar en contacto con el servicio. Intimidad.

8.- Credibilidad: Nombre y reputación de la empresa. Ser de confianza.

9.- Tangibilidad: Evidencia física del servicio. Instalaciones materiales. Decoración. Equipo. Imagen corporativa.

Después de varias aplicaciones del SERVQUAL[55] se vio que las dimensiones tienen diferentes factores y es necesario separarlos. Otra dificultad del SERVQUAL es que además de medir las percepciones hay que medir las expectativas; Parasuraman *et al.* sugieren que hay que medirlas antes de prestar el servicio; otros autores se preguntan si conviene medirlas después, conjuntamente con el servicio, y si es conveniente incorporar la familiaridad con el servicio para ajustar las expectativas del usuario[59].

Grönroos[96], desde su visión de la calidad de servicio percibida más cercana a la imagen, estableció seis dimensiones relevantes para medirla: profesionalidad y habilidad, actitudes y comportamiento, accesibilidad y flexibilidad, confianza, mejora, y credibilidad y reputación.

En la actualidad, en la mayoría de los estudios se destacan cinco aspectos relevantes, cinco puntos coincidentes, a tratar en los estudios sobre satisfacción de los usuarios: relación médico-paciente, competencia profesional, accesibilidad y organización de los servicios, tiempo de espera para ver al médico y tiempo dedicado

al usuario en la consulta[97]. Si el estudio de satisfacción se hiciese en hospitalización, serían tres: competencia técnica del proveedor (*curing*), cualidades personales del mismo (*caring*), y aspectos de accesibilidad y comodidad de los servicios[98].

Existen, incluso, estudios de satisfacción\de usuarios comparativos entre tratamientos médicos o quirúrgicos convencionales y otros tipos de tratamientos sanitarios, como es el caso de tratamientos quiroprácticos[99,100,101].

2.1.3.2. Consecuencias

Se ha comprobado en numerosos estudios que la satisfacción del usuario se relaciona causalmente con algunas conductas del mismo que afectan a la salud[102,103,104,105,106].

Los hallazgos más comunes han sido que la satisfacción afecta a la continuidad de los cuidados, de forma que, al decrecer ésta, aumenta la probabilidad de que el usuario decida cambiar de médico.

También se ha encontrado que, al aumentar la satisfacción, se produce un incremento de la adherencia de los usuarios a las recomendaciones terapéuticas del médico, entre ellas el tratamiento con fármacos o el mejor cumplimiento de las citas dadas por el médico.

Algunos autores incluso han señalado que existe una relación positiva entre la satisfacción del usuario y el éxito o fracaso del tratamiento.

2.2. Marco del tema

2.2.1. Europa

La necesidad de un nuevo movimiento sanitarista para abordar los problemas de salud del siglo XX encontró su expresión en la estrategia de la Organización Mundial de la Salud (OMS) denominada 'Salud Para Todos en el año 2.000' (SPT 2000), que fue aceptada como política oficial de la OMS en mayo de 1977 durante la 30ª Asamblea Mundial de la Salud (foro internacional de debate de las políticas de salud) de la que salió la *Resolución WHA 30.43*. Una de las estrategias de la SPT 2000 es la participación comunitaria (volveremos después sobre ella).

En septiembre de 1978 se celebró en Alma-Ata (Kazajstán, Rusia) la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria, bajo los auspicios de la OMS y la UNICEF (United National International Children Emergency Fund = Fondo de Socorro Internacional a la Infancia de las Naciones Unidas), en la que se volvía a insistir en la participación comunitaria[107].

En mayo de 1979 tuvo lugar la 32ª Asamblea Mundial de la Salud, de ella surgió la *Resolución WHA 32.30*, integrando las conclusiones de Alma-Ata en la estrategia SPT 2000. El Consejo Ejecutivo de la OMS publicó en este año un documento (del que hubo revisiones posteriores): *Formulación de estrategias con el fin de alcanzar la Salud para Todos en el año 2.000*, en el que se hace mención a la necesidad de vigilar la preparación y aplicación de las políticas, las estrategias y los planes de acción nacionales y regionales, y evaluar sus consecuencias en la evolución del estado de salud de la población hacia el logro de un nivel aceptable del mismo, y se dice que habría que elaborar una breve lista de indicadores para ir realizando la evaluación. En noviembre de este mismo año la Asamblea General de las Naciones Unidas emitió la *Resolución 34/58* sobre *La salud como parte integrante del desarrollo*[108].

En 1980 se reunió en Fez el Comité Regional de la OMS para Europa para elaborar una Estrategia Regional de salud[109].

En mayo de 1981, de la 34ª Asamblea Mundial de la Salud, emergió la *Resolución WHA 34.36*, adaptando la Estrategia Mundial de SPT 2000[110].

Y en mayo de 1982 la 35ª Asamblea Mundial de la Salud elaboró la *Resolución WHA 35.23*, aprobando el *Plan de Acción para aplicar la estrategia de salud de SPT 2000*.

Basándose en todo esto, en septiembre de 1984 el Comité Regional para Europa de la OMS adoptó 38 objetivos específicos, dentro de la estrategia SPT 2000, y una lista preliminar de indicadores (65) que midieran el progreso hacia esos objetivos[111]; (también es del 84 el trabajo publicado como *Cuaderno de Salud Pública* que marca las directrices para una reorientación de los sistemas sanitarios[112]). Estos indicadores fueron revisados y modificados después de la primera evaluación en los años 1985-1986 (resolución WHA 39.14 del 15 de mayo de 1986, durante la 39ª Asamblea Mundial de

la Salud), estableciendo una nueva lista de indicadores en junio de 1987 (73 esenciales y 63 suplementarios)[113,114,115,116,117,118]. Esta última lista fue la que se tomó como guía para la elaboración y publicación, en 1990, de los indicadores de salud en España. La OMS volvió a hacer otra revisión en 1990, dejando 80 indicadores y eliminando la distinción entre esenciales y suplementarios[119].

Entre tanto, en 1988 se celebró en Riga (Lituania) la Conferencia Internacional, que insistió en los principios de Alma-Ata, de 1978.

En Galicia, el *Plan de Saúde* presenta 173 objetivos repartidos entre las cuatro partes de que consta el documento: los '17 problemas de salud priorizados', las 'actuaciones en el medio', el 'fomento de una vida saludable' y 'otras estrategias' (éstas últimas son básicamente asistenciales); "el Plan de Salud será el documento marco de las acciones que desenvuelva la Consellería de Sanidade, tendientes a solucionar los problemas detectados, en el período 1993-1997, por lo que para cada uno de estos problemas se establecieron una serie de objetivos que, con carácter general, fijan el horizonte que se pretende alcanzar"[120].

Las bases de la Estrategia de SPT 2000 son:

1. Equidad.
2. Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad.
3. Participación comunitaria.
4. Cooperación multisectorial.
5. Atención Primaria de Salud.
6. Cooperación internacional.

La 'Estrategia Global SPT 2000' es:

1. Toda persona en cualquier país deberá disponer, como mínimo, de *acceso* a los cuidados esenciales de salud y al nivel primario de referencia.
2. Toda persona deberá comprometerse en su propia atención y en la de su familia hasta donde sea posible, en el marco de una *acción comunitaria* para la *salud*.

3. Las *comunidades* en todo el mundo compartirán con los gobiernos la *responsabilidad* de atención de salud a sus miembros.
4. Todos los gobiernos asumirán la *responsabilidad* global sobre la salud de sus pueblos.
5. El *agua potable* y el *saneamiento* deberán estar disponibles para todos los habitantes.
6. Todas las personas estarán adecuadamente alimentadas.
7. Todos los niños estarán inmunizados frente a las principales enfermedades de la infancia.
8. Las enfermedades transmisibles en los países en vías de desarrollo no tendrán más significación, en el año 2000, que las que tienen en los países desarrollados en 1980.
9. Todos los medios posibles se aplicarán a la *prevención* y al *control* de enfermedades no transmisibles y a la *promoción* de la salud mental por medio de la influencia sobre los *estilos de vida* y el control de los *ambientes físico* y *psicosocial*.
10. Los fármacos más esenciales estarán disponibles para todos.

Los 38 objetivos de SPT 2000 se dividen en tres grupos:

Del 1 al 12: *Metas* a lograr en SPT.

Del 13 al 31: *Cambios* necesarios para lograr esas metas.

Del 32 al 38: Tipos de *apoyos* necesarios para lograr esos cambios.

En la traducción y adaptación para España del documento de la OMS del 6 de junio de 1990[119] podemos leer:

* Objetivo 2, punto 2.2.: "Valoración de la salud percibida". La OMS en este objetivo insiste en que hay que poner el énfasis en torno a la calidad de vida en la provisión de cuidados de salud primarios, secundarios y terciarios.

* Objetivo 26: "En el año 2.000, en todos los estados miembros, la infraestructura del sistema debería permitir que los recursos fuesen distribuidos de acuerdo a la necesidad y que los servicios permitiesen, física y económicamente, el acceso. Deberían ser culturalmente aceptados por la población". En las bases para

lograrlo, nos aclara su punto 27.2.: "Relación entre población y medios sanitarios"; obviamente cuanta mayor relación exista y mejor sea, habrá una mayor aceptación mutua y se podrán hacer más cosas en común.

* Objetivo 27: "En el año 1990 todos los estados miembros debieran haber elaborado mecanismos eficaces para asegurar la calidad de la asistencia al paciente dentro de un sistema de salud". La OMS en este objetivo hace tres grupos dentro de la calidad asistencial; en el segundo especifica que mantener la calidad de los cuidados requiere:

-- supervisión sistemática de los resultados (o productos finales) de salud, calidad de vida, satisfacción de los pacientes, costos y su soportabilidad, basado en sistemas de información apropiados;

-- uso de sistemas de incentivos apropiados basados en los resultados de salud, incluida una retroalimentación continua de la información hacia los proveedores y gestores y hacia los consumidores;

-- reorientación de la educación del personal del servicio de salud hacia el refuerzo del énfasis en el estado de salud, calidad de vida, satisfacción del paciente y coste-efectividad, así como en las mediciones del cumplimiento.

* Objetivo 32: "Antes de 1990 todos los estados miembros deberían formular estrategias para estimular la investigación que permita la aplicación y expansión de los conocimientos necesarios para llevar a cabo la Salud para Todos".

* Objetivo 35: "Antes de 1990 todos los estados miembros deberían tener sistemas de información sanitaria para apoyar la estrategia de Salud para Todos".

* Objetivo 38: "Antes de 1990 todos los estados miembros deberían establecer mecanismos para la evaluación sistemática del uso apropiado de las tecnologías sanitarias y su efectividad, eficiencia, seguridad y aceptabilidad, así como la forma en que responden de la política nacional de salud y a las restricciones económicas". Este es uno de los objetivos que la OMS ha revisado y renovado; ahora habla de 'salud y ética' y explica, en su tercer punto, que es necesario un código ético de práctica para los profesionales de la salud, que incluya la relación entre los proveedores de cuidados sanitarios y los pacientes.

De acuerdo con la estrategia SPT 2000[110], la tarea es conseguir, tanto por parte de la OMS como de los gobiernos de los países, que "todos los habitantes de todos los países tengan el nivel de salud suficiente para que trabajen productivamente y participen activamente en la vida social de la comunidad en la que viven". A pesar de que la OMS, en sus últimas reuniones, ya vio que esta meta no se va a alcanzar de momento y lo reconoce en su informe: *Salvando las diferencias* (mayo de 1995)[121], pensamos que hay que mantenerla como objetivo deseable y a lograr a largo plazo.

Este programa, pensado a nivel mundial, enfocado desde otra de las estrategias de la OMS: 'Pensad globalmente, actuad localmente', está orientado por la Oficina Regional para Europa de la OMS de cara a obtener un cambio en la concepción de los problemas de salud, desde una visión estrictamente médica hasta una mayor comprensión de los aspectos sociales de la salud. Desde esta perspectiva, el camino hacia la SPT 2000 se plantea como un proceso de capacitación de la gente para aumentar su grado de control sobre su propia salud y para mejorarla. La salud se considera un recurso más para la vida cotidiana y no el fin último de la vida. También es fundamental la equidad, es decir, la igualdad de oportunidades de todos los ciudadanos para acceder a los servicios de salud preventivos y curativos.

La estrategia está pensada para ser llevada a cabo en colaboración, en forma de comités conjuntos, de la OMS con otros organismos que dependen de las Naciones Unidas: FAO (Organización para la Alimentación y la Agricultura), FNUAP (Fondo de las Naciones Unidas para Actividades en materia de Población), IINUDS (Instituto de Investigaciones de las Naciones Unidas para el Desarrollo Social), OIT (Organización Internacional del Trabajo), PNUD (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo), PNUMA (Programa de las Naciones Unidas para la protección del Medio Ambiente), UIECP (Unión Internacional para el Estudio Científico de la Población), UNICEF, etc.

En los documentos de SPT 2000[110], la OMS identifica tres principios clave para su obtención; el segundo afirma: "Requiere la participación conjunta de los profesionales y la población". Desde este punto de vista cobran importancia las

encuestas de satisfacción de los usuarios como medida de sus opiniones y de la calidad asistencial.

Otro documento que nos habla de esto es el Informe *El futuro de la asistencia sanitaria europea*, realizado por el Andersen Consulting[122] en 1993 para la Comunidad Económica Europea, que acaba con nueve conclusiones, y la segunda de ellas es: "Los ciudadanos asumirán mayor responsabilidad en el cuidado de su salud", para tomar mayor conciencia de lo que supone la salud, sus costes, su financiación y participación para mejorarla. Otra conclusión importante es que: "Las decisiones a nivel regional y nacional se basarán en sistemas de información", y los indicadores de la satisfacción de los usuarios tienen que formar parte de esos sistemas.

En la misma línea se *mueven* el Informe del Banco Mundial (1993), y los Tratados de Roma y Maastricht de la Unión Europea.

De todos modos deberíamos de preguntarnos qué pasó desde que Hurst hizo esta afirmación: "En los sistemas de salud es necesario distinguir dos tipos de *productos finales*: los resultados sanitarios y la satisfacción del consumidor"[123], dado que todas estas estrategias de salud de las que hemos estado hablando son planteamientos teóricos, pero es necesario abordarlas desde la realidad cotidiana de la profesionalidad técnica y la relación humana con los usuarios.

2.2.2. España

La *Ley General de Sanidad*[124] abre un camino importante en este tema, que nos preocupa y ocupa, la satisfacción de los usuarios, refiriéndose a la información a los usuarios, la evaluación y control de la calidad asistencial y la investigación de todos los aspectos asistenciales, incluido éste.

Establece los deberes *globales* de la administración en el artículo 9: "Los poderes públicos deberán informar a los usuarios de los servicios del sistema sanitario público o vinculados a él, de sus derechos y deberes". Esto mismo está recogido en la Ley General para la Defensa de los Consumidores y Usuarios[125] y en el Estatuto Gallego

del Consumidor y Usuario[126]. Y también, de una forma más global, en la Constitución Española[127] y en el Estatuto de Galicia[128].

En la Ley General de Sanidad hay dos artículos dedicados a los usuarios, con respecto a las distintas administraciones públicas sanitarias:

* El 10 a sus derechos. Desde la óptica de la encuesta de satisfacción nos interesan, sobre todo, el punto 2: "A la información sobre los servicios sanitarios a que puede acceder, y sobre los requisitos necesarios para su uso"; el punto 5: "A que se le dé en términos comprensibles, a él y a sus familiares o allegados, información completa y continuada, verbal y escrita sobre su proceso, incluyendo diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento"; el punto 11: "A que quede constancia por escrito de todo su proceso. Al finalizar la estancia del usuario en una institución hospitalaria, el paciente, familiar o persona a él allegada recibirá su informe del Alta"; y el punto 12: "A utilizar las vías de reclamación y de propuesta de sugerencias en los plazos previstos. En uno y otro caso deberá recibir respuestas por escrito en los plazos que reglamentariamente se establezcan".

* Y el 11 a sus obligaciones. De éste nos interesan, sobre todo, los puntos 2: "Cuidar las instalaciones y colaborar en el mantenimiento de la habitabilidad de las instituciones sanitarias"; y 3: "Responsabilizarse del uso adecuado de las prestaciones ofrecidas por el sistema sanitario, fundamentalmente en lo que se refiere a la utilización de servicios, procedimientos de baja laboral o incapacidad permanente y prestaciones terapéuticas y sociales".

Sobre la evaluación de la calidad asistencial tenemos tres artículos:

* En el 18 se definen las actuaciones que desarrollarán las Administraciones Públicas a través de sus Servicios de Salud y Órganos competentes. Su punto 16 especifica: "El control y mejora de la calidad de la asistencia sanitaria en todos sus niveles".

* El artículo 70, en su punto 2, nos habla de que la Coordinación General Sanitaria incluirá: 2.d.: "El establecimiento con carácter general de criterios mínimos básicos y comunes de evaluación de la eficacia y rendimiento de los programas, centros o servicios sanitarios".

* El artículo 69.2. dice: "La evaluación de la calidad de la asistencia prestada deberá ser un proceso continuado que informará todas las actividades del personal de salud y de los servicios sanitarios del Sistema Nacional de Salud...". Y en el punto 3 tenemos: "... establecerán los mecanismos adecuados para ofrecer un alto nivel de calidad asistencial", pudiendo introducir aquí ya, como un globo sonda de estos mecanismos, las encuestas de satisfacción de los usuarios.

La investigación se reseña en dos artículos:

* El 68 especifica: "Los centros hospitalarios desarrollarán, además de las tareas estrictamente asistenciales, funciones de promoción de salud, prevención de las enfermedades e investigación y docencia, de acuerdo con los programas de cada Área de Salud, con objeto de complementar sus actividades con las desarrolladas por la red de atención primaria".

* Y el 106.1: "Las actividades de investigación habrán de ser fomentadas en todo el sistema sanitario como elemento fundamental para el progreso del mismo". El punto 2 insiste en: "La investigación en ciencias de la salud ha de contribuir a la promoción de la salud de la población. Esta investigación deberá considerar especialmente la realidad socio-sanitaria, las causas y mecanismos que la determinen, los modos y medios de intervención preventiva y curativa y la evaluación rigurosa de la eficacia, efectividad y eficiencia de las intervenciones".

Tampoco conviene olvidar a los profesionales sanitarios como mediadores de la satisfacción de los usuarios; así, leemos en el artículo 86: "El ejercicio de la labor del personal sanitario deberá organizarse de forma que se estimule en los mismos la valoración del estado de salud de la población y se disminuyan las necesidades de atenciones reparadoras de la enfermedad".

También el *Informe y Recomendaciones* de la Comisión de Análisis y Evaluación del Sistema Nacional de Salud[129], más conocido como 'el *Informe Abril*', camina en este sentido incluyendo una encuesta dirigida por el profesor Robert J. Blendon[130,131] de la Universidad de Harvard, a fin de conocer el grado de satisfacción de los ciudadanos españoles respecto a los servicios del Sistema Nacional de Salud (S.N.S.)

en comparación con el de los ciudadanos de los diez países más desarrollados del planeta.

Los resultados de esta encuesta internacional comparativa indicaron que el nivel de satisfacción de la población española con sus servicios sanitarios se situaba en el lugar noveno de los once países consultados y que los ciudadanos sentían la necesidad de que se produjesen reformas profundas en el Sistema; estas mejoras, a juicio de los encuestados, tenían más que ver con la reorganización del Sistema de Salud que con la provisión de mayores recursos financieros. Lo segundo es un dato a tener en cuenta. Lo primero no tanto, dado que el estar en noveno lugar no significa demasiado, por no decir nada; las diferencias culturales, educacionales, sociales, etc. pueden hacer incomparables las encuestas, dado que una población más exigente, con un sistema de salud mejor, puede estar más insatisfecha que otra con peor sistema sanitario. Este estudio fue interesante por lo que supuso de novedad y de abrir perspectivas a la comparación internacional de los sistemas sanitarios en base a otras medidas que no fueron sólo de costes y utilización. Volveremos a hablar de esta encuesta más adelante, en el parágrafo 2.5.1.

Los resultados del trabajo de evaluación realizado por la Comisión y los colaboradores se resumieron en ocho puntos que son los elementos más destacables del análisis. El cuarto punto expone: "El Sistema público carece de una visión global y empresarial de servicio, coarta, más allá de lo necesario, la libertad de elección de los usuarios y adolece de relaciones despersonalizadas, falta de información al paciente y sus familiares y un entorno escasamente confortable". Y en el octavo podemos leer: "Por sus estructuras de gestión, organización funcional y financiación, el S.N.S. está orientado básicamente al cumplimiento de los procedimientos formales de la función pública, antes que al logro de altos resultados mediante el empleo óptimo de recursos humanos y materiales de gran cualificación".

Tras la evaluación hecha del S.N.S., la Comisión propone una reforma del mismo basada en unos propósitos generales. El segundo de ellos es: "Crear las bases para que el Sistema pueda funcionar con mayor *satisfacción subjetiva* de los usuarios de los servicios y pueda posibilitar en el futuro mayores grados de *libertad de elección*". Y

el tercero: "Promover una *conciencia de coste*, tanto en el profesional sanitario como en el ciudadano, para disminuir el diferencial entre las aspiraciones de la población y las posibilidades económicas".

El capítulo II del Informe, titulado *Bases para la reforma*, se divide en tres partes.

* En la primera: *Aspectos de organización*, se habla de separar las competencias en las estructuras de gestión, así podemos leer: "En un marco de diferenciación de funciones, la Administración Central y los Gobiernos Autónomos serían financiadores principales del S.N.S.; las áreas de salud, 'compradores' de servicios; los hospitales, centros de salud, médicos en equipo o, incluso, individualmente y oficinas de farmacia, proveedores; y los usuarios, clientes" (el subrayado es nuestro). Abriendo claramente las puertas a los objetivos de orientación del servicio al usuario (u orientación de la empresa al cliente) (hablaremos de esto en el parágrafo 2.3.). La obligación fundamental del 'comprador' (gestor de área) sería la de conseguir para su población 'afiliada' la mejor calidad en los servicios con los recursos disponibles, estimulando comportamientos responsables y eficientes en los proveedores (llamados también, en otros términos gestores, clientes intermedios) a los que podrían responsabilizar progresivamente de su rendimiento.

* La segunda: *Aspectos de gestión*, se inicia diciendo: "El análisis de otros sistemas europeos y sus iniciativas de reforma, así como el diagnóstico de la Comisión y las opiniones de los asesores consultados, *confirman de modo absoluto* que las formas administrativas son inadecuadas para entender y manejar la complejidad y el volumen de los servicios actuales de asistencia sanitaria. La rigidez normativa en este tipo de actividades diversas y versátiles acaba confiriendo a la burocracia una especie de primacía perversa sobre el fin de atención al consumidor y, en definitiva, a la sociedad.

El S.N.S. debería, sin embargo, permitir aplicar, sin menoscabo de su finalidad fundamental, las modernas técnicas de gestión empresarial que conllevan agilización de los trámites, definición de responsabilidades y delegación de autoridad. Aunque el S.N.S. no pretende ningún beneficio económico, debe sentir, como cualquier compañía mercantil, la preocupación por los 'niveles de servicio, la calidad del

producto, el cumplimiento de los presupuestos, la reducción de costes, la productividad, la motivación y retribución del personal, la investigación y desarrollo, y, a largo plazo, la viabilidad de la empresa' (Informe Griffiths, 1983)".

En su apartado sobre investigación podemos leer: "La investigación clínica ha sido siempre, y continúa siendo, tanto una base firme del progreso científico como un proceso natural de la buena asistencia médica, a la que da calidad y eficacia. De igual modo, la investigación sanitaria, en sus distintas variantes (epidemiológica, terapéutica, de sistemas asistenciales, etc.), es hoy día indispensable para la evaluación y perfeccionamiento de los sistemas sanitarios". Lo cual confirma lo que nos sospechábamos: que la investigación es, mejor dicho, *debe ser* algo normal del día a día y no un estado especial de gracia en el cual caen determinados profesionales tras arduas reflexiones sobre el futuro de la salud.

Es importante la afirmación vertida en su apartado de calidad: "... esta calidad no debe confundirse con los eventuales excesos producidos por una 'medicina defensiva', ni con las demasías de una medicina complaciente o con elevadas ratios de personal; en última instancia, *la calidad no va inexcusablemente asociada a un mayor coste*.

... La calidad global no ha de entenderse únicamente desde una perspectiva técnica, sino contemplarse también bajo su aspecto social. En una situación de recursos insuficientes, la gestión está obligada a conseguir la mejor relación calidad-coste con el fin de hacer llegar sus servicios a la mayor parte de la población".

Hablando de las prestaciones del S.N.S. y de su gestión, este capítulo nos dice que, en el campo de las prestaciones sanitarias públicas (incluidos sus conciertos con las privadas), no hay datos comparativos sobre sus respectivos funcionamientos, al menos con una metodología explícita y criterios rigurosos. Y que: "... Esta carencia de información comparativa impide hacer afirmaciones determinantes acerca de las ventajas relativas de las distintas posiciones asistenciales, que actualmente conviven en la prestación de los servicios públicos de asistencia en términos de eficacia, calidad asistencial y satisfacción del usuario-cliente...

... Existe pues, tanto en este campo como en otros, una necesidad urgente de realizar evaluaciones comparativas entre un subsistema y otro, así como dentro de los mismos subsistemas, y todo ello con una metodología explícita y rigurosa".

En su apartado de estrategias de gestión, la Comisión especifica que, a su entender, las principales causas de la falta de desarrollo en el campo de la gestión han sido siete. La quinta enunciada es: "Escasa permeabilidad del sistema sanitario público a las nuevas tendencias organizativas y de gestión empresarial". Y la séptima: "Fallos de concepción, desarrollo y explotación en los sistemas de información".

* En la tercera: *Aspectos de financiación*, se habla del cambio de las fuentes de financiación del S.N.S.: "Mientras que hace sólo un trienio la prestación de sanidad se financiaba básicamente con las cotizaciones sociales y, por tanto, las cuotas eran los recursos mayoritarios, desde 1988 el sistema de financiación ha modificado su estructura de forma radical. Las cuotas han pasado de ser el soporte mayoritario de financiación, superior al 80%, a una clara posición minoritaria (alrededor del 30%).

Esto quiere decir que *sólo un 13%* de lo pagado por cuotas de Seguridad Social se dedica a financiar la sanidad, lo cual no coincide con la impresión generalizada de los trabajadores acogidos al Sistema...".

El análisis de la financiación de la sanidad pública en los países occidentales europeos muestra la vigencia de dos modelos fundamentales:

- el del Servicio Nacional de Salud (Reino Unido, Suecia e Italia), con financiación mayoritariamente fiscal, y

- el de Seguridad Social (Francia, Alemania, Holanda, etc.), con recursos fundamentalmente provenientes de dicho sistema.

España actualmente se encuentra a medio camino entre los dos modelos: los impuestos generales representan el 66%, las cotizaciones sociales un 30% y los otros ingresos un 4% (a nivel presupuestario)[132]. Los expertos aconsejan en el Informe "no disminuir la participación de las cotizaciones, a través de las cuales puede evidenciarse a los usuarios que la sanidad no es un bien de coste cero".

De todos modos, no hay una conciencia, ni por parte de los usuarios ni por parte de los profesionales, de los presupuestos ni de los costes de los servicios sanitarios.

"La opinión pública, según los resultados de la 'encuesta Blendon', considera que es mejor la asistencia privada que la pública (el 57% de la población), o que es análoga (el 33%). En esa impresión colectiva influyen indudablemente factores subjetivos, entre los cuales no deben de ser los menores las facilidades de acceso y la libertad de elección". ¿Se plantean los usuarios el costo de su bolsillo en la medicina privada y en la pública?, ¿que hay privadas que ejercen una medicina poco honesta?, ¿que cuando tienen algo que ellos consideran *serio*, *grave* o *costoso* recurren a la pública?...

Por otro lado, en otros medios, Elola afirma: "A falta de indicadores disponibles para comparar desigualdades sociales en salud y en el acceso a los servicios sanitarios entre países, los servicios nacionales de salud parecen ser más igualitarios (cobertura universal) que los sistemas de seguridad social (cobertura que tiende a reproducir la estratificación social)"[133].

Acabando esta tercera parte del capítulo II tenemos unas afirmaciones que, en su momento, fueron consideradas *fuertes* por parte de los usuarios, pero que, al margen de las diversas opiniones sobre la parte económica, coinciden con otras afirmaciones hechas desde otros sectores sociales y para otros servicios que nada tienen que ver con los sanitarios, y es que parece ser que los humanos no valoramos suficientemente lo que se nos regala, y sin embargo creemos a pies juntillas que lo que nos cuesta es mejor, sobre todo si es muy caro. Vamos con ellas: "Como una última reflexión cabe indicar que, afortunadamente, en una sociedad dinámica el nivel de renta va creciendo y, año tras año, capas más numerosas de la sociedad irán teniendo aquella percepción. Conviene, por ello, reflexionar sobre la permanencia de una regla general de gratuidad que ha presidido etapas de desarrollo económico inferior y ha ido acompañada de una cierta precariedad en la asistencia sanitaria y pensar, asimismo, en la conveniencia de sustituirla por una regla general de participación del usuario en el coste, con las excepciones que la equidad requiera.

La Comisión estima que sólo se podrá conseguir un mayor grado de satisfacción general con mayores márgenes de libertad de elección, y ésta podrá irse introduciendo conforme las circunstancias lo permitan, pero exigirá, previa e

inexcusablemente, algún elemento de participación del usuario en el coste. En resumen, la frontera de la gratuidad como regla general habrá que atravesarla para lograr un mayor grado de satisfacción general".

Desde nuestra experiencia en la medicina clínica podemos confirmar que los usuarios pueden llegar a pagar por una consulta privada hasta 17.000 pts. (si va incluido algún tipo de análisis) y decir: "Sí, es algo cara pero... ¡muy bien, oye, muy bien!". Lo cual nos hace replantearnos seriamente la gratuidad en relación con la satisfacción ante la atención recibida... Aunque aquí habría que hablar también del factor 'simpatía del profesional', incluso del mismo profesional, en la pública y en la privada... De lo cual se podría deducir que el usuario prefiere que lo traten con amabilidad a que lo traten con gratuidad, por no hablar ya de la efectividad y eficiencia del tratamiento..., ni de determinados sectores en los que se cree con excesiva frecuencia y facilidad que al usuario, como es tonto, hay que llevarlo de la mano porque sino se pierde...

Por otro lado, puede haber soluciones intermedias, como es el caso de Austria, cuya tradición hospitalaria (en Viena) tiene sólidos fundamentos y fue ejemplo de calidad científica, de organización y de prestigio. Actualmente, la estructura del sistema sanitario austríaco permite la convivencia entre hospitalización pública y privada, mediante una modalidad que algunos autores catalogan de *residencial*, y cuya organización es como sigue: las estancias en habitaciones de tres camas quedan cubiertas por las tarifas que abona la seguridad social, cuando se ocupan habitaciones de dos camas, la diferencia es la que generalmente abonan los seguros privados, y la diferencia de tarifas de las habitaciones individuales, deben cubrirse de forma particular[134].

Sería muy de agradecer que se vaya abriendo el sistema a la libertad de elección del consumidor/cliente/usuario/paciente/enfermo, pero nos tememos que, en su satisfacción ante el servicio recibido, influyan no sólo la calidad (en efectividad al solucionar el problema de salud y en buen trato) sino también la facilidad con que se les dé una baja[135], recetas y otros servicios..., a demanda y no por necesidad; ¿cuántos profesionales van a ser condescendientes para aumentar su cupo?, ¿cuántos usuarios se van a aprovechar de ello?... Por otro lado, el mismo sueldo y el mismo

horario de trabajo pueden llevar a algunos profesionales a ver más aprisa o tratar más incorrectamente a sus usuarios..., "¿para qué voy a trabajar *mejor* si otros trabajan peor y cobran lo mismo?"...[136,137,138] (y hay que reconocer que, a veces, hay que hacer un gran esfuerzo de profesionalidad y buen hacer para poder tratar bien a determinados usuarios[139]; el dicho: "trabajar con material humano, quema", es una realidad[140,141,142,143]). La situación es compleja[144]; una vez más un buen control de calidad podría dar al traste con la habilidad innata de algunos colegas para zafarse de sus responsabilidades profesionales..., y una buena educación para la salud podría poner en concordancia la satisfacción de los usuarios con sus necesidades y no con sus caprichos.

El capítulo de las *Recomendaciones* al *Informe* también se divide en tres partes.

* En la segunda: *Aspectos de gestión*, podemos leer en su apartado sobre la calidad: "36. En un Sistema Nacional de Salud que se desea más abierto y competitivo, a la vez que procura mayor satisfacción subjetiva de los usuarios, el cuidado de la calidad, la atención personalizada, el confort y el compromiso de servicio deben ir surgiendo progresivamente como una consecuencia natural de la expresión de las preferencias de los consumidores. Sin embargo, es un deber de las Administraciones y los proveedores impulsar y desarrollar ese proceso, incentivando un enfoque global de calidad en el servicio".

* En la tercera: *Aspectos de financiación*, se hace una afirmación muy curiosa en su apartado sobre las listas de espera: "Por otra parte, hay que destacar que, en el ejercicio de la medicina privada, no son infrecuentes los plazos de espera sin que por ello se perciba insatisfacción, probablemente por la libertad de elegir que tiene el paciente". Y nos volvemos a preguntar ¿sólo por la libertad de elegir?... ¿no tendrá otra vez que ver la amabilidad con que se siente tratado aunque no elija a la persona que lo atiende, lo cual no es infrecuente en sanatorios/policlínicos?[145]... De hecho Miller y Luft[146] han publicado una evaluación comparativa entre las *Health Maintenance Organizations* (HMO) americanas y las aseguradoras tradicionales, y se han encontrado con que los americanos están tan satisfechos con las nuevas HMO como con las

tradicionales, a pesar de que las HMO les limitan mucho la elección de médico con respecto a las otras[147,148].

Hablando del *cambio sanitario* en 1994, el entonces Conselleiro de Sanidade e Servicios Sociais de la Xunta de Galicia, decía: "Aceptado universalmente que en otras áreas de la economía, la competencia y la elección, acompañadas de políticas redistributivas adecuadas, constituyen el mecanismo más perfeccionado que se ha inventado hasta la fecha para combinar satisfacción del consumidor, autonomía del productor, eficiencia económica y equidad, se trataba, pues, de extender ese modelo al área de los servicios sanitarios.

Si los pacientes, a través de su elección, llevaban mayores ingresos a los hospitales y servicios de atención primaria que los atendieran, y con ello los profesionales podían también mejorar sus retribuciones, cabía pensar que estas organizaciones se responsabilizarían todavía más de su suerte, les ofrecerían servicios más personalizados y serían más propensos a la innovación. El propio paciente mostraría un mayor grado de compromiso hacia su sistema sanitario y un sentimiento de pertenencia más acentuado. La elección del ciudadano debía ser el motor del sistema y no los esquemas rígidos y, sin duda, sesgados de las burocracias"[149].

Para finalizar, en su último apartado: *Salud Pública*, la Comisión del *Informe Abril* recomienda: "64. La actividad asistencial debe, naturalmente, incluir actividades preventivas y de promoción y educación sanitaria dentro de los servicios profesionales asistenciales con objetivos e incentivos definidos". Nuestra experiencia en clínica es que la educación para la salud en la consulta y las explicaciones sobre tratamientos y evoluciones de las enfermedades, aumentan mucho la satisfacción de los usuarios, lo cual confirman otros autores[150].

El *Informe y Recomendaciones* de la Comisión de Análisis y Evaluación del Sistema Nacional de Salud, tiene un *Apéndice al Informe de la Comisión. Sucinta descripción del Sistema y evaluación del mismo*[151].

En su capítulo 3, *Calidad, equidad y eficiencia del Sistema*, nos dice sobre la calidad: "La medida de la calidad científica y técnica no está instituida. No se ofrece

al usuario garantía de calidad, si bien es cierto que tampoco se asegura en los países de nuestro entorno (las técnicas de control están en sus balbuceos). Existe, de todos modos, *un buen nivel de la asistencia técnica en los servicios hospitalarios*, equiparable al de otros países industrializados, que lamentablemente no se produce en los aspectos colaterales.

Sin embargo, en los últimos años ha tomado cuerpo un sentimiento crítico (entre las clases medias) y reivindicativo (entre las clases populares), especialmente ante la todavía problemática situación de la Atención Primaria, la masificación de los servicios, los conflictos laborales, las noticias sobre 'malapráctica', la burocratización en el acceso y circulación y el deterioro de las instalaciones. *Las quejas son más de carácter burocrático-administrativo y de servicios colaterales que propiamente médico-asistenciales*.

En general, el Sistema adolece de una orientación global de servicio al usuario que debe transparentarse en la atención personal, la información y el trato humano a pacientes y familiares, la mejora de los procedimientos y las prácticas y el cuidado de los detalles (es significativo el generalizado tuteo al paciente)".

El capítulo 5, *Escenarios económicos*, nos habla de cuatro factores impulsores del gasto en sanidad: envejecimiento de la población española, innovación tecnológica, aumento de enfermos crónicos y aparición de nuevos cuadros patológicos, y mayor nivel de exigencia de los usuarios. "Estos cuatro factores podrían conducir al sistema hacia un nivel de gasto difícilmente financiable o a una situación de crisis que se traduciría en una todavía mayor insatisfacción de los usuarios y de los profesionales del Sistema".

El cuarto factor, *Mayor nivel de exigencia de los usuarios*, especifica: "El desarrollo socioeconómico, con un progresivo aumento en el nivel de vida y creciente ejercicio de la libertad, transforma al paciente pasivo en un usuario cada vez más exigente con respecto a la calidad y a las posibilidades de elección de los servicios. Las exigencias se acentúan por la falta de conciencia de coste".

A nivel de Comunidades Autónomas tenemos:

Cataluña tiene recogida específicamente la satisfacción de los usuarios en su *Pla de Salut de Catalunya*[152], que se divide en cuatro partes principales. La III, *Objetivos e intervenciones del Plan de Salud*, está, a su vez, subdividida en tres apartados.

* El segundo, *B. Objetivos e intervenciones sobre los servicios sanitarios y socio-sanitarios*, especifica estos para tres subgrupos, el primero de los cuales es:

1. Mejorar la equidad, la eficiencia y la calidad de los servicios:

1.2. Atención hospitalaria. En él podemos leer: "También será necesario profundizar en la atención personalizada al usuario, potenciando su condición de cliente al cual hay que garantizar un servicio de calidad, la posibilidad de escoger dentro de un margen previamente establecido, un trato digno y un nivel adecuado de confort hotelero".

* El tercero, *C. Objetivos e intervenciones orientadas a la mejora de la satisfacción de los usuarios del Servicio Catalán de Salud*, está íntegramente dedicado al tema que nos ocupa. En él se dice: "El Servicio Catalán de Salud ha de garantizar que los servicios de salud den protagonismo y se centren en los usuarios como clientes. Así y todo, es posible observar que si bien el cambio cultural ya ha sido encauzado por la nueva organización hacia incorporar en ella ideas y conceptos conocidos desde hace tiempo, éstos no han arraigado lo suficiente, como es el caso de orientar los servicios hacia la satisfacción de los usuarios del Servicio Catalán de Salud.

Es preciso que el Plan de Salud de Cataluña sea el instrumento de planificación que permita definir, ejecutar y evaluar las estrategias orientadas a la satisfacción de los usuarios.

Consideraciones previas

- La calidad del servicio

Son bastante conocidas las dificultades para medir la calidad del producto de un servicio de salud. Cuando un usuario utiliza un servicio de salud dispone de pocas

evidencias tangibles que le permitan evaluar la calidad de algunas cosas de éste como son, por ejemplo, las características de la estructura física, del equipamiento o bien del personal. Por lo tanto, habrá que utilizar otros criterios para valorar los diversos elementos que integran la calidad del servicio.

Así mismo, la intangibilidad de los servicios a menudo hace que los proveedores encuentren dificultades para conocer y comprender qué percepción de la calidad de éstos tienen los usuarios.

Cuando se habla de calidad de un servicio se ha de tener presente que a menudo hay discrepancias de criterios y valores entre los usuarios, los profesionales, los gestores, las entidades proveedoras y la Administración. Por este motivo, es importante que los proveedores sean capaces de satisfacer intereses tan diversos.

- La satisfacción del usuario

La satisfacción del usuario también es un concepto difícilmente medible, ya que está en función de muchas variables, fundamentalmente cualitativas y relacionadas con las características de las personas y del entorno organizativo del servicio.

Así, cuando las personas utilizan los servicios sanitarios valoran, tanto o más que el resultado en temas de eficacia técnica, la manera en que éste se ha realizado (la calidad funcional de todo el proceso de atención). Frecuentemente, las dimensiones que más se valoran son aquellas que hacen referencia a la accesibilidad (proximidad y facilidad para contactar con el servicio), la cortesía (amabilidad, interés, respeto, educación), la comunicación (información comprensible, la posibilidad de ser escuchado) y la agilidad del servicio.

Aquí hay que tener en cuenta también que para aproximarse al conocimiento del nivel de satisfacción de un usuario se ha de medir la diferencia o el nivel de concordancia que hay entre sus expectativas antes del servicio y las percepciones después del servicio.

- El Marco Normativo

Los objetivos estratégicos de la organización en relación con los usuarios del Servicio Catalán de Salud quedan explicitados en la LOSC[b] y el despliegue normativo del que ésta dispone, actualmente es -en principio- el marco de partida para garantizar una buena atención al usuario mediante la personalización del trato, el respeto a sus derechos, a la confidencialidad, a la libertad y a la dignidad, y a la información suficiente y comprensible.

Así pues, el reto de la organización es ahora el de marcar objetivos específicos dirigidos a la satisfacción de los usuarios en relación con los servicios y desarrollar el sistema de evaluación correspondiente.

Objetivo general

El Servicio Catalán de Salud tiene como responsabilidad definir y desarrollar estrategias de acercamiento de los servicios a la población a fin de garantizar que los servicios que contrata se orientan y aproximan tanto a las necesidades en términos de salud (mediante la calidad técnica adecuada) como a las expectativas personales del usuario (mediante medidas orientadas a su satisfacción).

Líneas de actuación del Plan de Salud 1993-1995

Las líneas de actuación en relación con la mejora de la satisfacción de los usuarios forman parte de la estrategia de acercamiento y adecuación de los servicios a la población y se plantean de acuerdo con dos dimensiones:

a) Conocer a los usuarios.

b) Orientar los servicios hacia la satisfacción de los usuarios."

Dentro de *a)* se proponen dos líneas de actuación: 'conocer el mercado potencial de usuarios' y 'conocer en qué medida la provisión de servicios es satisfactoria para la población'.

[b] LLlei 15/1990, de 9 de juliol, d'Ordenació Sanitària de Catalunya.

Y en *b)* se dice: "Las líneas de actuación que se proponen a continuación se han de entender como un conjunto de elementos que facilitan el diseño de estrategias de orientación de los servicios hacia la satisfaceión del usuario y se plantean en función de las siguientes dimensiones de la atención sanitaria:

- Las condiciones de acceso.
- La acogida.
- El proceso de atención.
- La continuidad del servicio.
- El papel de los profesionales.
- La información a la población.

En el texto se desarrollan las líneas de actuación.

Objetivos operacionales del Plan de Salud 1993-1995

- Servicios centrales del Departament de Sanitat i Seguretat Social y del Servei Català de la Salut

Tiene cuatro objetivos, destacamos:

"C.1. Durante el año 1993 y sucesivos, los criterios comunes mínimos para Cataluña, acordados mediante consenso para la atención a los problemas de salud priorizados en el Plan de Salud, habrán de explicitar pautas de actuación dirigidas específicamente a la satisfacción del usuario sobre: el nivel y el tipo de información que ha de recibir, las condiciones de confort ambiental y psico-social, como también los mecanismos de coordinación de los niveles de atención para garantizar la continuidad del servicio".

"C.3. Antes del año 1995, los servicios sanitarios y socio-sanitarios de cobertura pública habrán establecido medidas específicas para potenciar a los profesionales de salud como protagonistas de la relación y el trato directo con los usuarios".

- Regiones sanitarias

Tiene trece objetivos que continúan a los anteriores; de entre ellos destacamos:

"C.5. Antes del año 1995, las regiones sanitarias establecerán mecanismos para garantizar que los servicios adopten medidas dirigidas a las satisfacción de la población, comenzando por identificar las características de la población que sean relevantes para poder adecuar los servicios tanto a sus necesidades como a sus expectativas.

C.16. Antes del año 1995, las regiones sanitarias harán efectivos los mecanismos que garanticen la incorporación de la opinión de los usuarios, expresada mediante los circuitos de reclamaciones y sugerencias, y su incidencia real en la planificación y la gestión de los servicios.

C.17. Antes del año 1994, las regiones sanitarias habrán identificado las necesidades de formación continuada en técnicas y habilidades de comunicación de los diferentes tipos de profesionales de la salud y habrán definido un plan de formación específico."

Un año después, salió a la luz la *Ampliació del Pla de Salut de Catalunya*[153], que se divide en tres partes principales. La III, *Evaluación del Plan de Salud de Cataluña 1993-1995*, está, a su vez, subdividida en cuatro apartados.

* El tercero, *3. Nuevas líneas de evaluación*, desarrolla cuatro subgrupos; el cuarto habla de la satisfacción del usuario:

"La política de atención al usuario que plantea el PS[c] tiene por objeto mejorar la accesibilidad a los servicios, aumentar la información, mejorar el trato dando una atención personalizada, y conocer e incorporar su opinión en la toma de decisiones.

Por lo que respecta a la satisfacción del usuario, las líneas de evaluación serán las siguientes:

---

[c] PS = Pla de Salut
SCS = Servei Català de la Salut
ESCA = Enquesta de Salut de Catalunya

33. Valoración de la satisfacción y la opinión de los usuarios en relación con los servicios de atención primaria contratados por el SCS[153] considerando básicamente aspectos como la oferta de servicios, la accesibilidad, la aceptabilidad, la información, el trato, el confort, la continuidad en la asistencia y la calidad general de los servicios.
34. Valoración de la opinión de la población en relación con el sistema sanitario y la satisfacción en relación con los últimos servicios sanitarios y socio-sanitarios utilizados, ya sean públicos o privados.
35. Valoración de las acciones dirigidas a la mejora de la satisfacción del usuario en los centros contratados por el SCS[153].

Aspectos metodológicos y fuentes de información

La valoración de la satisfacción y la opinión de los usuarios sobre los servicios sanitarios de cobertura pública se hará a partir de la información recogida en encuestas llevadas a término en los mismos centros asistenciales. Por otro lado, la ESCA[153] permitirá conocer la satisfacción y la opinión tanto de los usuarios como de la población general.

La valoración de los indicadores de seguimiento anual de los contratos permitirá identificar si los proveedores aplican determinadas medidas para la mejora de la satisfacción del usuario, como son la racionalización de las listas de espera, la programación de visitas, la implantación de sistemas de reclamaciones y sugerencias, la descentralización de trámites administrativos de las prestaciones, la edición de guías de servicios y otras cosas."

Navarra también tiene recogida específicamente la satisfacción de los usuarios en su *Diagnóstico de Salud*[154]. En su parte IV.7., *Satisfacción de la población con los servicios sanitarios*, podemos leer: "Uno de los aspectos que toda organización sanitaria debe considerar es la percepción que de los servicios de salud tiene la población. Esta opinión, cualquiera que sea su índole, fundamentalmente está en función de dos variables: la calidad de los servicios ofrecidos y las expectativas existentes en los

usuarios. Estas expectativas a su vez dependen de factores como las experiencias previas, nivel sociocultural, grado de información sobre el servicio que se va a recibir, vivencia del grado de necesidad con que se percibe el servicio, etc.

Parte de estos factores son intrínsecos a los propios individuos y quedan lejos de las posibilidades del sistema de salud. Sin embargo, otra parte importante de ellos van a depender del propio sistema y de la capacidad que este tenga de integrar dentro de su funcionamiento estas percepciones de la población, como un elemento más a considerar a la hora de definir sus líneas de actuación".

2.2.3. Galicia

En las *Bases para a elaboración do Plan de Saúde de Galicia*[155] encontramos en los comentarios al apartado *C*, que es el de *resultados de salud*, en el punto *C.19.*: "Hay un menor porcentaje de gallegos que consideran que su estado de salud es bueno, en relación a la media estatal; y, lógicamente, un mayor porcentaje de los que consideran que su estado es malo". Podemos ver los porcentajes especificados en la tabla 1.V.

Observamos, sin embargo, que el porcentaje de los que creen que su estado de salud es muy bueno, es mayor en Galicia.

La recogida de estos datos subjetivos y cualitativos nos adentra en un enfoque del sistema sanitario que se empieza a preocupar ya oficialmente por cómo se siente el usuario.

Tabla 1.V. Autovaloración del estado de salud. Población ≥ 16 años. Año 1987.

Autovaloración	Galicia	España
Muy bueno	15,9%	14,3%
Bueno	48,0%	53,2%
Regular	26,4%	23,8%
Malo	7,4%	6,7%
Muy malo	1,8%	1,4%
NS/NC	0,5%	0,6%

Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo. *Encuesta Nacional de Salud*. Madrid: MSC, 1987. Citada en: López F, Pereiras M, Medina R, Ramón C. *Bases para a elaboración do Plan de Saúde de Galicia*. Santiago de Compostela: Consellería de Sanidade da Xunta de Galicia, 1992; 17.

Esto es importante dado que no hace aún mucho que se decía desde uno de los Cursos Superiores de Administración y Gestión Sanitaria de la Universidad de Santiago de Compostela que[156]:

* Lo esencial para cualquier servicio sanitario es mejorar o recuperar la salud de los individuos atendidos. La dificultad radica en medir un concepto multidimensional, cuya definición varía según la perspectiva del enfermo, su familia o los sanitarios.

* Paradójicamente, el punto de vista del personal sanitario que toma las decisiones clínicas no se refleja en los objetivos de la institución. Los objetivos suelen centrarse en aspectos cuantitativos de la actividad, muy agregados; pero la atención es un proceso interpersonal, donde importa tanto la técnica como el saber hacer y la manera de estar. Habrá que buscar mecanismos de participación del personal en la

cotidianidad del proceso y en un plano más general, la descentralización de las decisiones, aproximando las responsabilidades clínicas y administrativas.

* Si se considera al cliente el centro del sistema, su percepción acerca de la atención debe ser un factor de ponderación en el momento de la planificación o de la revisión de nuestra actuación. Este aspecto no está recogido rutinariamente, lo cual parece revelar la poca importancia que se le suele conceder.

Ya hemos dicho en el parágrafo 2.2.1. que el *Plan de Saúde de Galicia, 1993 → 1997*[120], se divide en cuatro partes principales. En la última de ellas, *Otras estrategias*, se abordan cinco apartados.

* El primero, *Principios Rectores del Sistema Sanitario Gallego*, especifica las ocho principios que deben regirlo, y podemos leer específicamente en dos de ellos:

"6. Participativo. Partiendo de que la salud es muy difícil de mantener sin una participación activa de las personas, una comunidad bien informada y activa es un elemento clave para el logro de los objetivos que nos proponemos.

7. Antropocéntrico. El sistema debe estar centrado sobre las necesidades de las personas -de la población y de los usuarios- y no en la satisfacción de las necesidades internas de la propia organización sanitaria. Esto implica también crear los mecanismos para que el conjunto del sistema pueda funcionar con mayor 'satisfacción subjetiva' de los usuarios, posibilitando mayores grados de libertad de elección".

* En el segundo, *Organización General del Sistema Sanitario en Galicia*, tenemos los objetivos 134 al 144 del Plan de Salud. De ellos podemos destacar, para este tema que nos interesa, uno:

"142. Durante el período 1993-1997 se llevará a cabo una evaluación permanente tanto de la calidad de la asistencia prestada como del coste de la misma, de forma que el gasto sanitario lleve a mejoras reales de la asistencia y repercuta en la cobertura de las necesidades en salud de la población protegida.

142.1. Igualmente se evaluará el grado de satisfacción de los usuarios con respecto a la asistencia sanitaria que se les presta".

* En el quinto, *Los Sistemas de Información Sanitaria (S.I.S.)*, se dicen varias cosas que nos pueden resultar interesantes, pero antes de pasar a ellas, vamos a definir un S.I.S. En 1973 fue definido por la OMS como: "Una estructura para la recogida, procesamiento, análisis y transmisión de la información necesaria para la organización y funcionamiento de los servicios sanitarios, así como para la investigación y la docencia"[157]; según otros autores: " La principal finalidad de un S.I.S. ha de ser la identificación de las necesidades de atención sanitaria que pueden ser controladas o aliviadas"[158,159].

El Plan de Salud detalla:

"Uno de los principales objetivos de los sistemas sanitarios occidentales de hoy en día es la consecución de unos niveles altos de eficiencia en la prestación de los servicios. Dentro del conjunto de medidas de posible aplicación, la implantación y el aprovechamiento de los sistemas de información es una de las principales y, sin duda, prioritarias, por dos motivos fundamentales: en primer lugar, es obvio que cualquier medida de gestión debe basarse en un adecuado conocimiento de la realidad; en segundo término, un sistema de información, por sí mismo, puede adecuar su diseño y funcionamiento con el fin de coadyuvar a la consecución de los objetivos generales de las instituciones sanitarias.

... En estos sistemas se fundamentan la vigilancia epidemiológica y el diagnóstico de salud de la comunidad, y los controles de eficacia, eficiencia y rendimiento de los servicios de salud comunitaria. Es obvia, entonces, la importancia de los S.I.S. y es fácilmente comprensible en qué medida sin su desarrollo adecuado sería imposible llevar a cabo una planificación y gestión adecuadas de los recursos y de las actividades sanitarias, y por lo tanto también monitorizar los cambios producidos como consecuencia de esa planificación y gestión.

... En general, un S.I.S. les aporta tanto a los usuarios como a sus representantes, políticos, administradores y gestores del sistema sanitario, un conocimiento de la situación de los problemas de salud, de sus soluciones y de las repercusiones de los mismos".

"No obstante, una serie de factores adicionales a los anteriormente comentados, como la utilización de un considerable volumen de recursos en el sector salud o la complejidad de la gestión sanitaria, remarcan la importancia de mejorar el S.I.S. existente. Afrontar un cambio de esta naturaleza no será una tarea fácil, pero solamente sobre la base de un buen sistema de información sanitaria se podría pensar en abordar con responsabilidad una mejora real del sistema sanitario.

Finalmente debe quedar claro que el S.I.S. debe contar con los siguientes registros:

* De recursos y de funcionamiento de los centros asistenciales.

* Específicos de salud pública.

* Específicos de estadísticas vitales.

* De planificación y de evaluación sanitaria para confeccionar indicadores sanitarios y parasanitarios, así como la elaboración y el seguimiento del plan de salud". Es en este apartado en donde creemos que tiene sentido incluir los indicadores que generen las encuestas de satisfacción de los usuarios.

La *Memoria de Gestión de 1994*[160] del Servicio Galego de Saúde puntualiza: "Para la evaluación del cumplimiento de los objetivos pactados en 1994 se consideraron tres bloques de objetivos con distinta ponderación según la importancia dada por el SERGAS. Tal ponderación fue la siguiente:

* El cumplimiento de productividad en UPAs corregidas se ponderó con un 40%. Reseñar que las UPAs fueron corregidas según la mejora en una estancia media pactada para cada hospital.

* Los objetivos relacionados con la lista de espera se ponderaron con otro 40%, ponderando más la reducción de pacientes con demora superior a un año.

* Los objetivos relacionados con la mejora en la gestión, calidad y satisfacción del usuario, se ponderaron con el 20% restante".

Encontramos una ponderación de sólo un 20% sobre la satisfacción de los usuarios, compartida, además, con otros objetivos, pero ya es un inicio de interés para abrir esta puerta.

En la actualidad, se considera que la satisfacción de los usuarios es el 20% de la calidad total[161].

Mucho antes de estas legislaciones ya existía una preocupación *declarada* por la satisfacción de los usuarios. Hemos removido varias veces entre las telarañas de nuestra memoria histórica, como pueblo, y nos hemos acercado a nuestros predecesores; organizaciones gubernamentales, no gubernamentales, profesionales y diversas personas se han posicionado con respecto a este tema.

Encontramos publicaciones institucionales, del Servicio Galego de Saúde, que nos hablan de las relaciones médico-enfermo como algo que tiene que tener en cuenta que "al lado de una patología general tiene que existir una patología antropológico-cultural que contemple los modos de enfermar de cada cultura y de cada grupo social"[162]. Sobre esto, Marsella y Kameola dicen: "*Cualquier clínico que sea insensible* al hecho de que miembros de *distintas tradiciones culturales* presentan estilos de comunicación y contenidos distintos, sostienen ideas preconcebidas diferentes sobre la naturaleza de sus enfermedades y sobre la capacidad de control sobre las mismas e igualmente tienen expectativas distintas acerca del tratamiento y de la conducta del terapeuta, *cometerá un número importante de errores en su práctica clínica*"[163].

Instituciones de otras Comunidades Autónomas tienen publicaciones específicas sobre la comunicación de los profesionales con los usuarios, como es el caso de Navarra[164].

La Asociación Galega de Educación para a Saúde decía: "Cunqueiro nos acerca al mundo semimágico de los curadores de dolencias y nos muestra la faceta más profunda de la medicina: atender al cuerpo y, al mismo tiempo, al espíritu de la persona enferma. Nos habla de personas ejerciendo la medicina con tiempo suficiente para hablar con los enfermos, de su enfermedad y de su vida. Y que, como él mismo nos dice, 'tenían una postura de amigable escuchar'[165]. Personas con unos ciertos poderes... ¿mágicos?..., ¿o solamente con un amplio conocimiento de la gente y de la naturaleza?... Personas que curaban y que cuidaban el trato humano con aquellos a los que atendían.

No cabe la menor duda de que también los enfermos tenían una fe grande en los que los sanaban, y de que estaban convencidos de antemano de su curación; y, por otra parte, tampoco cabe duda de que los sanadores fueron ganándose esa fe a pulso.

Realmente ¿es la enfermedad un proceso que afecta a la totalidad de la persona?... Siendo así... ¿cuál es la auténtica función de los profesionales de la sanidad y cómo ejercerla?...

García-Sabell, en el *Prólogo* de *Escola de Menciñeiros*[165], nos hace aterrizar en la realidad: '...sanar es una obligación difícil porque es una empresa total, cosa de raíces profundas, de relaciones esenciales, de comunicación, de solidaridad con la vida'; '...los sanadores no se dirigen al encuentro de la enfermedad, sino de la persona...'.

Todo este tema vuelve a cobrar importancia en este momento. Se le llama, en el lenguaje moderno de la medicina, *capacidad y habilidad para comunicarse con el usuario*. ¿Estamos ante una corriente de valoración humana, sin olvidar la parte científica, dentro de la sanidad?... Sería bueno que así fuese"[166].

Gondar y González[167] coordinaron una publicación, de un conjunto de ensayos, que aborda la etnomedicina como un método de investigación, ya que "los médicos no deben ser fontaneros, los enfermos no son tuberías... Si el sanador desconoce o infravalora que las personas a las que atiende viven instaladas en una cosmovisión, muchas veces disonante de la que envuelve el discurso científico ("el cerdo de casa no tiene colesterol"), está perdiendo la oportunidad de abrirse a un trato terapéutico efectivo". En el prólogo de esta obra, podemos leer: "En un momento como el actual, en el que las enfermedades agudas dejan su puesto de primacía a las crónicas, se hace indispensable llevar a cabo estudios serios de salud pública y esto sólo es posible conectando, incluso a nivel de modelos de análisis, salud y sociedad.

... Si tenemos en cuenta que la representación oficial del hecho médico, normalmente, no coincide con la del enfermo, se hace indispensable que el curador sea consciente de la gramática del lenguaje del dolor en el que su paciente se desenvuelve y se expresa, aunque esto implique un esfuerzo de autocrítica".

Otros profesionales han hecho aproximaciones psicosociales al tema[168,169].

Volveremos sobre la relación médico-paciente, ya de una forma más específica, en el parágrafo 2.4.

2.2.4. A Coruña: Complejo Hospitalario Juan Canalejo

En el Capítulo II del *Pacto 1995: Actividad-Presupuestos*, entre el Servicio Galego de Saúde y el Complejo Hospitalario Juan Canalejo[170] podemos leer: "4. Introducir progresivamente normas de calidad en la estructura, proceso, resultados y satisfacción del usuario, intentando llegar a un sistema de calidad total".

Y en su Anexo I, vemos que, de forma global, los Objetivos Genéricos para 1995 se formulan en torno a cinco grandes líneas de actuación, y una de ellas es: "Mejorar la calidad, tanto estructural como del proceso y el resultado".

2.2.5. Países en vías de desarrollo

También en países con pocos recursos económicos se habla de controles de calidad, de evaluaciones y de usuarios. Así, vemos que Mazzáfero *et al.* dividen los indicadores hospitalarios en: *1)* indicadores de rendimiento cuantitativo de los servicios de hospitalización, *2)* indicadores de rendimiento cuantitativo de otros servicios, *3)* indicadores de calidad, *4)* índices para evaluación de la estructura de recursos y servicios y *5)* indicadores de adecuación a las necesidades de la población. En estos últimos nos dicen: "A través del funcionamiento de los establecimientos hospitalarios se generan servicios que producen un efecto sobre la población. Aunque para cada tipo de servicios sería deseable disponer de índices, los que atraen el mayor interés son los referidos a los de consulta médica y hospitalización.

Naturalmente, el problema más serio al pretender elaborar estos índices para un solo hospital es que ningún hospital constituye el único centro de atención en un área o comunidad, salvo muy contados casos.

Como corolario de este capítulo advertimos que un error frecuente es reducir la evaluación de un hospital a tres o cuatro indicadores clásicos. Al proceder de esta manera estamos restringiendo sensiblemente el campo de la evaluación, a la vez que deformando el significado de los indicadores utilizados. En ese sentido debemos

reemplazar la búsqueda de soluciones simplistas por un enfoque más racional de los problemas"[171].

En los países de Latinoamérica se habla de formar equipos de trabajo con *multicompetencias*, dado que la atención a los usuarios y, por lo tanto, la satisfacción de estos con los servicios recibidos, tiene connotaciones éticas, legales y de calidad del servicio. Se habla, incluso, de que es necesario un *factor vivencial extradisciplinar*, o lo que es lo mismo, que necesitamos utilizar, como profesionales sanitarios, lo que no se nos enseñó entre las disciplinas académicas: la vivencia del día a día con los usuarios.

2.2.6. Medicina privada

Es muy interesante saber lo que dicen los profesionales que trabajan en este sector sobre la satisfacción de sus usuarios, por la influencia directa que tiene en su cantidad de ingresos. Y, teniendo en cuenta que esta economía es su forma de ganarse la vida, esto convierte la satisfacción del usuario en eje de su actuación.

Como puede coexistir el ejercicio de la medicina pública y privada en varios profesionales, escogimos la opinión de los dentistas porque mayoritariamente ejercen sólo en la privada.

Quiroz (Universidad Nacional Autónoma de México; Universidad de Texas; Mississippi State Board; Instituto Panamericano de Alta Dirección de Empresa) escribía hace poco tiempo, para dentistas, sobre la calidad del *producto* y la calidad del *servicio* en estos términos: "El mundo está experimentando cambios considerables en la década de los noventa, afectando al prestador de servicios, así como al que los recibe.

La competencia nos hace reflexionar constantemente en la manera de ejercer nuestra profesión, desde cómo estamos posicionados, hasta cómo vendemos nuestros servicios al consumidor final.

En los últimos años se nos ha ido brindando tecnología punta para obtener trabajos de alta calidad, que logren impulsar y sostener nuestra competitividad ante los consumidores.

El no aprovechar esta gran oportunidad nos afectará al no poder realizar trabajos al nivel de la competencia actual y/o obtener una mejor ganancia al no ser más eficientes en la utilización de nuestro tiempo.

Una vez tenida clara la importancia de utilizar productos de alta tecnología, revisemos algunos aspectos de Marketing que deben de combinarse con el ofrecer productos de excelente calidad.

Uno de los factores más importantes en nuestra práctica y en donde comienza el marketing es en llenar las expectativas de nuestros clientes. Debemos saber escuchar e interpretar lo que nos dicen, tenerlos bien informados y hacer de la buena comunicación un hábito. Esto disminuirá la posibilidad de malos entendidos. Nuestros pacientes desean que se les comprenda.

Cuando el paciente toma la decisión de atenderse, no es el precio lo más importante, sino cubrir sus necesidades. El factor decisivo es el servicio que damos a nuestros clientes.

Lo que motiva al paciente a atenderse en gran parte es su necesidad de solucionar un problema. Busca también una gratificación personal al sentir que se ha podido atender, así como su participación activa en el desarrollo del tratamiento y es aquí donde podemos fomentar su lealtad.

¿Cómo impacta esto en nuestros consultorios?

* El tener clientes felices significa que nuestro consultorio es más rentable y se traduce en una seguridad para todos.

* El desarrollar buenas habilidades de servicio con nuestros pacientes, nos ayudará a trabajar con más efectividad con ellos y nos brindará mayor satisfacción.

Recordemos que nuestros pacientes son el factor fundamental que determina el crecimiento de nuestras prácticas y esto va aunado a que nosotros tengamos una buena solvencia, éxito y crecimiento.

Nuestros pacientes son el activo más importante que tenemos y verlos así es un factor esencial en el éxito del cuidado de la salud en la actualidad. Debemos de hacerle saber al paciente que es parte primordial de nuestros negocios.

Tengamos presente que al final de cuentas, la cantidad y la calidad de nuestros pacientes van a determinar el éxito económico y profesional que podemos tener de nuestras prácticas. No olvidemos que aquella práctica que no tiene una rentabilidad, es una práctica que no es saludable.

Hagamos un esfuerzo para ir un paso más allá en el servicio que ofrecemos a nuestros pacientes. Ellos notarán nuestro esfuerzo y a la larga esto nos beneficiará.

Las prácticas que más éxito tienen en la actualidad son aquellas que tienen alto contacto con los pacientes. Siempre será más fácil retener un paciente, que crear uno nuevo.

La clave para lograr el éxito es muy sencilla, recordemos siempre que el 'servicio' es el producto invisible que hace que los pacientes regresen.

Aún estamos a tiempo y es esencial para todos los odontólogos, el hacer una fuerte reflexión de cómo somos vistos y qué piensan sobre nosotros nuestros pacientes. Los pacientes deben de convertirse en el centro de nuestras prácticas"[172].

Casi huelgan los comentarios sobre este texto.

Tenemos una duda: ¿qué significa exactamente la frase "No olvidemos que aquella práctica que no tiene una rentabilidad, es una práctica que no es saludable"? Sí, es verdad, todos tenemos un precio..., pero ni todos los precios son iguales, ni todos los *precios* tienen que referirse necesariamente al aspecto económico...

Habla de "ofrecer productos de excelente calidad" y combinar esto con la mercadotecnia (el *marketing*), o sea, no sólo hay que ofrecer calidad, sino que el cliente tiene que saber y sentir que eso es 'excelente calidad'; o, como dice el refrán: "el César no sólo tiene que ser honesto, además tiene que parecerlo". Nos parece interesante esta perspectiva de *visibilizar* la calidad; que, por otro lado, no se trata de vender una bicicleta y que parezca que es una moto, tiene que dejarse claro que es una bicicleta, pero una *buena* bicicleta. Por desgracia arrastramos una herencia de "que parezca que es" algo que realmente no es, y eso nos enfrenta con la desconfianza del usuario, aunque, en los servicios sanitarios existe una ventaja: de antemano se nos presupone buena profesionalidad.

Nos parece muy interesante otro punto de reflexión que lanza, diciendo él mismo que es uno de los factores más importantes en la práctica: "llenar las expectativas de nuestros clientes". Ya hemos dicho que es ahí en donde radica la satisfacción, en la diferencia entre lo que se espera recibir y lo que se recibe. Cuanto más se cubran las expectativas, mayor es la satisfacción. "Debemos saber escuchar e interpretar"... "hacer de la buena comunicación un hábito". Esto es esencial en todo proceso de interrelación humana. Y, si queremos aumentar conscientemente la satisfacción de los usuarios, más todavía.

Y, ya para acabar, algo que dejaría en buen lugar a cualquier político o técnico de salud que se precie de serlo: el toque de participación comunitaria... "el paciente... busca también... su participación activa en el desarrollo del tratamiento".

2.3. Orientación de los servicios a los usuarios

De un tiempo a esta parte, empresarios españoles, pertenecientes a diversos sectores, se han pronunciado públicamente sobre qué es lo que les hace perder el sueño en sus negocios. Sorprendentemente, suelen decir que "mejorar la atención al cliente". De esto nos hablan gestores, administradores, encargados de la mercadotecnia de empresas y servicios, profesionales y todo un compendio de personal que trabaja en eso que se viene llamando *empresas excelentes* o *empresas en busca de la excelencia*[173,174,175,176].

¿Por qué no nos acercamos nosotros a la salud lanzando una visión amplia sobre la importancia que puede tener para los servicios sanitarios el incorporar una mayor sensibilidad en la atención a sus usuarios?

La orientación al usuario, tanto al real como al potencial, debe constituirse en uno de los *puntos fuertes* de la necesaria reorientación de los servicios sanitarios que debe producirse; reorientación de los centros de salud y los hospitales, así como de los programas asistenciales y de la incorporación de atención preventiva y de promoción de salud, a los mismos. Es importante que las personas que van a su centro de salud o ambulatorio cuando se encuentran mal, o las que ingresan unos días en el hospital, sean el centro del proceso de servicios[177,178,179].

El cambio necesario en la atención al usuario se debe manifestar sobre todo en el hecho de que sea posible establecer relaciones fluidas y próximas entre los profesionales y los pacientes. Pero se debe concretar también en aspectos tales como que las personas conozcan qué servicios se prestan en su hospital y en su centro de salud, o que se encuentren unas áreas de recepción agradables y con un personal que dé una información clara y correcta, con un lenguaje sencillo y un trato amable. Debe evidenciarse igualmente en que, en los centros sanitarios, los procedimientos administrativos sean escasos y simples, los formularios sean sencillos de rellenar o los indicativos orientadores sean claros y faciliten la circulación[180,181,182,183].

Pero no todo debe acabar en esto[184]. Son diversas las medidas que podemos adoptar para atender mejor a los pacientes y familiares que acuden a los centros sanitarios. Para ello, es necesario conocer las preferencias y expectativas de las personas que acuden, o incluso que no acuden, a nuestros servicios. Esto nos permitirá adaptar los horarios de las consultas, facilitar el acceso a grupos más desfavorecidos, mejorar la limpieza de los centros, incorporar la información procedente del sistema de sugerencias y reclamaciones para mejorar la gestión, eliminar las barreras, contar con salas de espera confortables y espacios para que los niños puedan jugar, mejorar la relación interpersonal entre el personal y el usuario, empezando por el telefonista y el celador, y terminando por el enfermero, el médico y el director-gerente. Este conjunto de medidas, cuya aplicación dependerá de características tales como recursos humanos y materiales existentes o grado de motivación del personal, deben contribuir a que los usuarios no tengan la sensación de ser pelotas de tenis dentro del centro sanitario y a que todo el personal esté dispuesto a ayudarles con coherencia y sinceridad en la resolución de sus problemas[185,98,186,187]. "Es necesario un proceso interactivo entre ciudadanos y profesionales, gestores y políticos, que haga posible que se produzca el *encuentro* entre unos usuarios cada vez más informados y unos profesionales identificados con la cultura de una organización que trabaje con la doble finalidad de mejorar la salud y conseguir la satisfacción de los usuarios potenciales y reales"[188].

Todas estas acciones deben tener su reflejo en algo más que en declaraciones de buenas intenciones. Esta orientación hay que traducirla en medidas palpables para los

usuarios que acuden a nuestros centros de salud u hospitales, en un cambio en las *maneras* en que son atendidos, en la búsqueda de la *excelencia*[189,190].

2.4. Relación médico-paciente

Hemos visto en el parágrafo 2.1.3.1. que la relación médico-paciente es la primera dimensión que salta a la vista en prácticamente todos los estudios hechos, como mediadora y medidora de la satisfacción de los usuarios.

¿De qué hablamos cuando hablamos de relación médico-paciente? En su sentido más estricto, nos referimos a un determinado profesional de la medicina, a un paciente y a la relación que se establece entre ambos.

Pero el paciente no tiene por que ser alguien que está enfermo, puede ser alguien que se siente enfermo pero no lo está, o puede ser también un usuario, cliente o consumidor sano, que se va a hacer una prueba o revisión rutinaria, una embarazada, una pareja que solicita consejo contraceptivo, un anciano que necesita que le escuchen, etc.

Un profesional sanitario, tampoco tiene por que serlo de la medicina, puede serlo de la enfermería, trabajo social, auxiliares, administrativos, etc.

¿Y qué decir de la *relación*? ¿Estamos incluyendo varias, muchas, cosas, aún cuando no seamos capaces de darle un nuevo nombre más adecuado a su actual contenido, y que al mismo tiempo siga evocando la riqueza que se intuye en esa expresión?[98] Hablamos de la *comunicación* que se establece entre dos o más personas.

En una ocasión teníamos un examen parcial de unos 350 folios. Después de una breve y anodina introducción nos encontrábamos con un texto así: "El utrículo está adosado a la fosa oval; el sáculo está debajo, es más pequeño y redondo y está adosado a la fosa hemisférica. Entre ambos está la cresta falciforme. Están unidos por unos canales, que se unen a su vez formando un conducto: ductus endolinfático, que asciende al endocráneo y entra por el orificio succiforme hasta la fosita ungueal, en donde forma el saco endolinfático". Y el resto de los folios eran del estilo... Nos hemos acostumbrado a esta terminología como al aire que respiramos y, utilizándola, nos

relacionamos con los usuarios, que antes tenían menos conciencia crítica y menos información, y decían: "¡Qué bueno debe de ser este médico, cuánto sabe que no se le entiende nada!", pero hoy miran con mala cara y, o se callan y hacen los comentarios después fuera, o nos sueltan ya directamente algo así como: "¿Y se puede saber *eso* que es?", con aires de "le pago a la S.S. para que Vd. me lo explique".

Domínguez Carmona decía hace ya tiempo: "No cabe dudar de los efectos beneficiosos que sobre la Salud de la Comunidad ejerce la Asistencia Médica, pero ella conlleva también un cierto papel causal en la merma de Salud. La demanda de servicios asistenciales en materia de Salud parte indudablemente de la propia patología y de los modos de sentirla que las personas tienen, pero hay un factor muy importante y es la propia profesión médica deseosa de obtener satisfacción a sus necesidades personales. Éstas son el estímulo vocacional de lograr la Salud del enfermo y mejorar la del sano, pero es indudable que el médico, en cuanto a persona, está sometido a otras motivaciones profundas que aun cuando sean inconscientes y no quiten un ápice al valor ético de nuestra profesión influyen continuamente en nuestra actuación profesional.

Son, por ejemplo, el factor vanidad o de prestigio, al que tanto ayuda el desarrollo de la tecnología médica, el poder social y económico que el ejercicio profesional produce, etc. Neri (1979) dice: ≪La profesión médica como integrante del aparato productor del Servicio de Salud, genera una estructura de demanda que en gran parte responde a apetencias de su propio desarrollo, las que sólo parcialmente se adecuan a las auténticas necesidades de Salud vigentes en la comunidad≫, y Maher (1975), ≪La parte principal y más costosa de la tecnología médica parece aplicarse más para dar satisfacción a miembros de las profesiones sanitarias, que en provecho del consumidor de Servicios de Salud≫.

La intervención de la medicina moderna, aumenta la yatrogenia por el uso de medios diagnósticos agresivos; los avances técnicos y la especialización convierten al médico de cabecera en un clasificador somero de enfermos, el ejercicio de la Medicina neurotiza a los pacientes que se hacen dependientes del médico, pero sobre todo actúa como una coartada, una justificación social para no emprender acciones preventivas, más eficaces y beneficiosas mediante una participación personal activa

potenciada con una buena Educación Sanitaria y una mejora de las condiciones de vida. Igual que la Medicina del Trabajo no debe suponer la coartada para mantener unas condiciones laborales inadecuadas, la Medicina no debe ocultar la necesidad de lograr una vida higiénica para todos"[191].

Brutti afirma: "No podemos ocultar que actualmente en las actividades sanitarias el valor de la comunicación no se tiene en cuenta. Todos sabemos que la relación de una persona enferma -o que se considera como tal- con la estructura sanitaria no se basa en un contrato explícito y paritario entre médico y paciente. Todos sabemos que el paciente no tiene voz: su toma en consideración está rigurosamente burocratizada y sigue recorridos rituales que, de hecho, corroboran la despersonalización del paciente, pero también la del mismo médico. Éste queda, de todos modos, como el protagonista indiscutible de la escena y el pilar fundamental de una estructura que parece no tener interés en garantizar la humanidad y la eficacia del encuentro médico-paciente, sino que persigue por el contrario un objetivo de control y de eficiencia. Tal situación es la consecuencia lógica del status epistemológico en que se basa la medicina. Desde el momento que la medicina se inserta en el horizonte de las ciencias de la naturaleza, tiene que asumir el método y los instrumentos de investigación de éstas. En el plano práctico todo ello produce la disolución del valor de persona en la relación médico-paciente y conduce al ocaso definitivo de la medicina humanista, que consideraba al hombre no solo como ser biológico sino como producto de una cultura y de una historia.

La primera señal de esta crisis nos viene de la progresiva obsolescencia de la palabra en la comunicación médico-paciente. La palabra ha sido para siempre sustituida por los términos. De esta forma el lenguaje de la vida (como decía Ortega y Gasset, 1946) ha sido suplantado por la jerga científica y tecnológica que no vehicula mensajes y emociones transformadoras sino solo definiciones y prescripciones"[192].

Broggi aporta una visión interesante de la relación médico-enfermo desde la Bioética: "Falta curiosidad intelectual sobre la relación clínica y, sin ella, sin un conocimiento de cómo funciona y cómo cambia, no se pueden adoptar buenas decisiones. Una de las tareas básicas consiste, por consiguiente, en estimularla.

Goethe dijo en su *Fausto* (¡pensando en un estudiante de medicina!) que 'gris era el libro de la teoría y verde en cambio el árbol de la vida'... Pues bien, la Bioética quisiera ser una forma de iluminar, con los colores de la vida, la medicina. Y con esto quiero decir no sólo que la hace más humana, sino que también la hace más científica al hacerla más real y más completa"[193].

Y ya Platón decía: "Existen dos tipos de médicos: los que son buenos para los esclavos (con gran frecuencia son ellos mismos de condición servil) y que se limitan a prescribir sin dar explicaciones, y aquellos nacidos libres que se dirigen a los hombres libres; éstos no se contentan con escribir recetas, sino que conversan con los pacientes, los exhortan, los persuaden mediante argumentos que, una vez convencidos, serán de tal naturaleza que los impulsen a llevar la vida que les conviene. Del médico sabio, el hombre libre debe recibir, más allá de los medios que permiten la cura propiamente dicha, una armadura racional para el conjunto de su existencia"[194].

Así que volvemos a nuestra pregunta: ¿de qué hablamos cuando hablamos de relación médico-paciente?, o, dicho de otra forma, entre los distintos estilos de relación médico-paciente ¿hay algunos que se puedan inscribir más fácilmente que otros en el marco de la promoción de la salud y no sólo de la curación de la enfermedad, y que se ganen más la confianza de los usuarios en el *buen hacer* de los profesionales?

Creemos que sí[195,196,197,198]. Una relación no paternalista, basada en el respeto y la confianza mutuos; con suficiente calidez pero sin intromisiones[199,200,201]; que sepa utilizar el *saber* de ambas partes para facilitar al paciente la toma de sus propias decisiones, respetándolas y prestando la ayuda necesaria para su puesta en práctica[202,203,204]; que evite tanto la injustificada complacencia como el autoritarismo médico[205,206,207,208]. Una relación planteada como el encuentro entre dos o más personas, situadas en un mismo nivel, pero con distintos *papeles* que desempeñar, y con el objetivo de mejorar la salud y las circunstancias relacionadas con ella mediante un trabajo en equipo, pactado de mutuo acuerdo[98,209,210,211].

Es curioso como, hablando de las personas mayores de 65 años, afirma Eiroa: "A lo que estamos dedicando esfuerzos y mucho tiempo los profesionales sanitarios (dislipemias, hipertensión, ...), no coincide con lo más preocupante para los ancianos: en general problemas que obstaculizan su capacidad de relación y movimiento"[212]. ¿Cómo se relaciona, por consiguiente, con ellos el personal sanitario para no captar qué es lo que necesitan realmente?

Y ¿qué decir de las relaciones con esos pacientes *especiales* por el tipo de enfermedad que tienen, incurable y dolorosa?[213] Sánchez dice: "*Crisis* y *replanteamiento* son palabras que caracterizan el estado actual de la Medicina. La relación médico-enfermo ha experimentado más cambios en los últimos 25 años que en toda su historia anterior...

... En la actualidad parece evidente que los médicos en general suministran a los enfermos menos información de la que éstos desearían. Las encuestas de opinión, aunque ofrecen resultados algo variables, pueden resumirse diciendo que la mayoría de los pacientes prefieren ser informados de la verdad. Los médicos, sin embargo, han solido tradicionalmente ocultar o disfrazar la verdad al enfermo.

... Hasta tanto no se establezca en nuestro país un estado de opinión pública suficientemente claro y fuerte, así como un adecuado consenso en la práctica médica, los profesionales de la salud tendrán que seguir actuando con prudencia. Deberán respetar las tradiciones, los usos, las costumbres y los requerimientos de las familias.

Queda, sin embargo, abierta la posibilidad de adherirse individualmente a un nuevo ideal de relación médico-enfermo hacia el que tender paulatinamente: 'La promoción de la autonomía personal de los pacientes'. Para ello es imprescindible que los pacientes competentes puedan disponer de toda la información que ellos necesiten y pidan para mantener un control sobre sus vidas y una conciencia de su verdadera situación vital.

De esta manera, la información al paciente no deberá ser impuesta por el médico. Siempre será el propio paciente el que la solicite. Pero esto, lejos de constituir una molestia o una amenaza, puede ser visto como la oportunidad para una relación más

plena con nuestros enfermos. Y como la posibilidad de satisfacer uno de los derechos más específicos de la persona humana: El derecho a saber y decidir"[214].

En esta misma línea se definen otros autores, profesionales dedicados a enfermedades terminales[215,216,217] o, simplemente, la salud y la persona[218].

Montserrat Roig, una de nuestras mejores escritoras, murió el 10 de noviembre de 1990, tras una larga evolución de un cáncer. Poco antes de morir escribió unas reflexiones sobre la relación entre paciente y médico, en las que nos transmite la fragilidad de los sentimientos que forjan, para bien o para mal, esta relación: "Hay un terreno ambiguo en el que se crea un desajuste en las relaciones médico-enfermo, y este terreno es el de las palabras. El enfermo ha de descubrir, con paciencia, sus miedos y frecuentemente no los puede hacer sentir al médico. Éste los desconoce.

El médico tiene miedo a hablar. «Las palabras son, a la vez, indispensables y fatales», aseguraba Aldous Huxley. También los médicos se sienten aprisionados por las palabras, que no expresan exactamente lo que quieren decir. Son aproximaciones a sentimientos, a actitudes mentales. Estos miedos no son expresados sólo con palabras. También están los gestos, las miradas, una manera de caminar. Todo ello es controlado por el paciente-enfermo, mucho más de lo que piensa el médico. Un matiz es tomado por una definición, una sugestión por un axioma.

El médico se ve con frecuencia a sí mismo como a un profesional. Para el paciente-enfermo es mucho más: es un juez, quizá el antiguo brujo. Pocas veces es su cómplice en el miedo. Quizá porque los miedos no son semejantes.

El enfermo, a la larga, descubre que también el médico tiene miedo. Pero ya lo hemos dicho: no es el mismo miedo que padece el enfermo. El de éste es un miedo terrenal, primitivo, casi diría animal. Un miedo que se mueve en un terreno confuso, rudo, obscuro, estrecho. No precisa metáforas. Es un miedo que da miedo sentir. El miedo del médico, me parece, es más impreciso. Es el miedo a ser sorprendido. Tener que admitir lo que no es controlable. Tener que admitir la imprecisión, lo imprevisible, la improvisación. Nada es seguro. El médico tiene, pues, miedo a dejarse sorprender como reclamaba Aristóteles. Porque, si bien la actitud de extrañeza es buena para la literatura o la filosofía, no lo es tanto para la medicina

cuando es una ciencia. La poética de la frontera, de la ambigüedad de las palabras, puede tener consecuencias imprevisibles en la relación enfermo-médico.

Puede pasar, así, que el enfermo comience a tener miedo del miedo del médico. Se ha dicho: necesitamos pequeñas dosis de miedo para soportar el gran miedo. Pero hay médicos que, al no aguantar este desasosiego ante el extrañamiento, ante lo imprevisible, montan todo un espectáculo para huir de las palabras. Es el médico showman, dispuesto a disimular el miedo helado que a veces siente. Se refugia en palabras contundentes como única respuesta. Quizá porque hay enfermos que se lo exigen. En estos casos, el médico no puede mostrarse indefenso. El enfermo no se lo perdonaría.

No hay, entonces, complicidad entre los dos. Los miedos, los pequeños y el grande, no son expresados en palabras. Los caminos divergen y el enfermo-paciente no admite que el médico tenga miedo. Ha de ser brillante, seguro, ha de tener ojo clínico. Y quizá el error está en que mientras el enfermo no elige esta nueva situación, mientras el enfermo se ve afectado por un visitante inoportuno, la enfermedad, el médico será médico toda su vida y ha de admitir, de una vez por todas, que tiene miedo. Un miedo diferente al del enfermo, un miedo que nunca se termina. Porque los enfermos pueden desaparecer, pero las enfermedades, y sus inagotables sorpresas, continúan.

Y no es un asunto fácil"[219].

Seguramente conseguir unificar todo esto y llevarlo a la práctica es una difícil hazaña, (ya decía Marañón que la Medicina es "arte, ciencia y oficio"), pero si nuestro ideal de relación médico-paciente es éste, y nos vamos aproximando a él en nuestra actividad cotidiana, estaremos trabajando en la línea de la Carta de Ottawa (1986): "El papel del sector sanitario debe avanzar cada vez más en el sentido de promover la salud, extendiendo su responsabilidad más allá de la mera prestación de servicios clínicos y asistenciales. La función de los servicios sanitarios debe abarcar un campo muy extenso, en el que son imprescindibles la sensibilidad y el respeto hacia las distintas necesidades culturales. Entre sus cometidos debería contarse la defensa de una

política sanitaria multisectorial que respalde a individuos y comunidades en la expresión de sus necesidades para adoptar modos de vida sanos...

... La promoción de la salud contribuye al desarrollo individual y colectivo, proporcionando información y educación para la salud y potenciando las habilidades personales. De este modo, incrementa el número de opciones de que dispone la gente para ejercer un mayor control sobre su propia salud y sobre su entorno y para elegir alternativas favorables a la salud.

Es esencial capacitar a las personas para aprender a lo largo de toda la vida, para prepararse a afrontar todas sus etapas y a enfrentarse con enfermedades y lesiones..."[220,221,222,223].

O, como dice Gracia, estaremos trabajando en la línea de "acelerar el proceso de humanización de la medicina y, como consecuencia, incrementar la salud de las personas"[224].

Además, no hay que perder de vista que la relación médico-paciente es la relación sistema sanitario-usuario.

Es obvio que, para lograr esto, también hay que tener en cuenta a los profesionales, creando con ellos canales de comunicación, dándoles información sobre las decisiones que se toman en la organización, y fomentando sus iniciativas y su mejor formación[225,226,227,228,229].

A partir de los años 70 (en España más tarde)[230,231], los valores de la autonomía y el respeto a las libertades del ciudadano hacen acto de presencia en la relación médico-paciente (o enfermo-sanitario, en general)[232,233,234,235], entrándose en lo que algunos autores han denominado como la época del consentimiento informado[236,237,238,239]. El enfermo deja de ser parte pasiva en la relación con el médico y exige el respeto a sus derechos como ciudadano autónomo, capacitado para participar en las decisiones clínicas que le afectan, o, como lo describen Irigoyen y Rodríguez Legido: "Pasa de los roles pasivos de contribuyente, a los roles activos de accionista"[240,241]. Aparecen en esta época las primeras cartas de derechos del

paciente, que consagran el principio de autonomía del enfermo como pilar fundamental en el que debe basarse la relación médico-enfermo. Latour opina que "quizá las referencias fundamentales de este proceso en nuestro país sean el fallido Plan de Humanización de la Atención Sanitaria del Insalud y la Declaración de Derechos del Paciente reflejada en el artículo décimo de la Ley General de Sanidad"[242]. A su vez la Ley General de Sanidad, junto con la Ley Orgánica de Medidas Especiales en Materia de Salud Pública[124], desarrollan el artículo 43 de la Constitución y otros ordenamientos jurídicos. Aunque, en el fondo, todos ellos salvaguardan los Derechos Humanos[243,244,245].

Inciden en esto mismo varias publicaciones sobre la ética médica, desde la propia Organización Médica Colegial[246,247], pasando por diversos autores[248], hasta las Organizaciones No Gubernamentales (ONGs)[249].

En el momento actual, en el que el usuario exige participar activamente en las decisiones clínicas que le afectan[250,251,252], el profesional de la medicina clínica ya no se ve legitimado para "decidir por", sino que debe "decidir con", y se le suele plantear una dicotomía:

a) ¿es posible actuar en beneficio del usuario respetando sus preferencias por los diversos tratamientos?

b) ¿es posible asumir criterios de eficiencia -según lo plantea por ejemplo el *Informe Abril*, como ya hemos dicho en el parágrafo 2.2.2.[129,253]- en la práctica clínica sin comprometer el principio de actuar en el mejor interés del usuario?

Por no hablar ya -aunque sí habría que hablar de ello- de las decisiones tomadas desde las prácticas de la llamada *medicina defensiva*, orientadas a proteger al médico de posibles acciones legales más que a defender los intereses del usuario y a maximizar la utilidad de los servicios sanitarios.

La nueva situación sanitaria está *poniendo a prueba* las viejas referencias éticas y metodológicas de la práctica clínica, y hay que readaptarse a esta nueva realidad[254,255,256], hay que buscar caminos para reconstruir el marco de la relación médico-paciente[257,258,259].

Latour propone tres caminos[242]:

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

1) Potenciar la docencia pre y posgraduada de la epidemiología clínica, sustituyendo progresivamente la lógica clínica tradicional determinista (y autoritaria) por una mentalidad probabilista, más acorde con las necesidades actuales de la práctica clínica y con la participación del paciente en las decisiones clínicas[236].

2) Potenciar la investigación clínico-epidemiológica. Actualmente existe un plan de desarrollo de unidades de investigación. Dichas unidades podrían asumir funciones de intermediarias entre el clínico y la administración, colaborando en la evaluación de la efectividad y la eficiencia de las distintas alternativas terapéuticas. El necesario apoyo de dicho programa por las autoridades del Sistema Nacional de Salud tendría un impacto incalculable sobre el cambio de mentalidad clínica que exige la nueva situación sanitaria.

3) Potenciar los comités éticos. Los comités, creados bajo el manto de la Ley del Medicamento[260] como *'Comités Éticos de Investigación Clínica'*, pueden ser la base de los mismos, asumiendo una función más amplia que la actualmente reconocida de evaluación metodológica, ética y legal de los protocolos de ensayos clínicos. Entre estas funciones ampliadas estarían la evaluación de los problemas éticos derivados de actividades de investigación clínica no experimental, la mediación en los problemas éticos cotidianos que se producen (ineludiblemente si prospera la recomendación número 28 del *Informe Abril*[d]) en la nueva relación médico-enfermo, la evaluación ética de los protocolos asistenciales que incluyan consideraciones de eficiencia[261] y la función pedagógica[262].

Sobre esto mismo se definen otros autores[263,264,265,266], pero diferenciando entre los conflictos que se pueden crear desde el punto de vista de los dilemas bioéticos (en el funcionamiento diario del hospital), que estarían encomendados al Comité de Ética Asistencial, o de las investigaciones clínicas, que lo estarían al Comité Ético de Investigación[267,268,269,270,271,272,273].

---

[d] 28. Debería promoverse la participación responsable del personal médico en la gestión, mediante el establecimiento de 'presupuestos clínicos' u otras fórmulas, que induzcan la responsabilidad sobre unidades de servicio y de gasto. El personal involucrado debería participar en los ahorros que se produzcan, a través de la mejora individual de sus retribuciones, medios de formación o equipamiento.

Por otro lado, la relación entre el personal sanitario y los usuarios ha sido siempre tema de *análisis crítico* dentro de la sociedad. Dan fe de ello los distintos relatos y *opiniones gráficas* (ver figuras 1.OG. y 2.OG.), existentes, sobre el tema, unas veces a favor de unos y, otras, de los otros. Ya hablamos de ellos en el parágrafo 2.2.3., pero los hay también menos *técnicos* (literariamente hablando) y más *populares*, como los siguientes ejemplos, que, en el fondo son reflejo de las diversas opiniones sociales:

No hace mucho tiempo que Jesús de Nazaret quiso volver otra vez a la tierra y se estuvo planteando durante un tiempo a dónde y cómo lo haría para poder ayudar más y mejor a la humanidad. Al final decidió que lo mejor era volver de médico de cabecera de un Centro de Atención Primaria de la Seguridad Social.

Cuando ya estaba en la consulta, su primer cliente fue un vejete cargado de achaques, que no podía ni con el ánimo, encorvado, fatal de la columna, apenas podía andar ni respirar, y tenía todo su organismo desarreglado.

A Jesús le dio pena y, poniéndole el brazo alrededor de los hombros, le dijo:

- Vete en paz, tus males están curados, estás totalmente sano.

El anciano salió rejuvenecido de la consulta, todo estirado, andando con paso seguro y unas energías renovadas, y sin dolor alguno.

Los demás enfermos que estaban allí, al verlo salir, le preguntaron:

- ¿Qué tal el nuevo médico?

- ¡Bah, igual que los otros!, ¡ni siquiera me ha mirado![274]

Figura 1.OG.

Por el ágora de una ciudad griega cruzó corriendo un hombre, seguido a corta distancia por otro.

Un filósofo detuvo al segundo y le preguntó:

- ¿Por qué lo persigues?

- Porque ha matado a un hombre.

- ¡Ah!, es un soldado.

- No, no. Lo ha matado en tiempos de paz.

- ¡Ah!, es un verdugo.

- No. No lo ha matado en la plaza pública sino en su casa.

- ¡Ah, ya sé!, es un médico.

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

Figura 2.OG.

2.5. Antecedentes

2.5.1. España

En España han sido realizadas dos grandes encuestas a nivel nacional sobre satisfacción de los usuarios por el Ministerio de Sanidad y Consumo, una en 1985 y otra en 1991.

La de 1985 es la *Encuesta Nacional de Post-hospitalización*[275]. Dice en su *Presentación* que "nació de la necesidad de contar con el usuario de nuestros servicios hospitalarios a la hora de evaluar su eficacia y calidad. El uso de este tipo de encuestas viene avalado no sólo por la práctica, habitual en todos los países con sistemas de salud desarrollados, sino también por las recomendaciones en este sentido que los principales teóricos de la gestión hospitalaria y del control de calidad dentro de ella, hacen constantemente".

Sus conclusiones globales sobre el nivel de satisfacción son:

"*a)* El mayor nivel de satisfacción se produce con respecto a la atención médico-sanitaria; dentro de ella la satisfacción con los médicos y con las enfermeras no es superada por ningún otro aspecto. Existe, sin embargo, una bastante menor satisfacción con respecto a la información que reciben los pacientes sobre su enfermedad.

b) En el polo opuesto se sitúan los aspectos hoteleros del centro, que inducen una satisfacción considerablemente menor que la media. Dentro de este apartado se aprecia una valoración más negativa de la habitación en la que han estado ingresados los enfermos.

c) El índice de satisfacción global es 3,99 sobre un máximo teórico de 5, lo cual parece un nivel de satisfacción alto; téngase en cuenta que tan sólo un 4% de los pacientes juzgan malos o muy malos los servicios recibidos y que un 73% los juzga buenos o muy buenos.

d) El perfil medio del paciente más satisfecho sería el siguiente:

- Hombre, mayor de 65 años y, por lo tanto, jubilado.
- Reside en una comunidad autónoma escasamente rural, con tasa de analfabetismo baja y un nivel de renta alto.
- Fue hospitalizado para intervención quirúrgica, permaneciendo ingresado entre 15 y 30 días.

e) El perfil medio del paciente menos satisfecho sería el siguiente:

- Mujer, de entre 25 y 45 años, ama de casa o trabajadora cualificada.
- Pertenece a una comunidad autónoma altamente rural, con tasa de analfabetismo alta y nivel de renta bajo.
- Fue ingresada en un servicio no quirúrgico, permaneciendo en él menos de 8 días.

f) Por comunidades autónomas puede apreciarse un nivel de satisfacción mayor en aquellas con mayor nivel de renta, mayor proporción de población activa no agrícola y tasa de analfabetismo más baja, perfil que corresponde a las comunidades menos ruralizadas".

Estas conclusiones podrían indicar que la satisfacción de los usuarios es distinta, o que lo que es distinto es el servicio. En las comunidades autónomas con mayor nivel de renta, con menor tasa de analfabetismo y menos ruralizadas pueden existir profesionales más competentes o más preocupados por la atención personalizada al usuario, o bien, los usuarios son más exigentes con el personal sanitario, provocando en éste una mayor atención al servicio que presta.

La de 1991, que ya hemos citado en un parágrafo anterior (2.2.2.), tuvo más repercusión en ambientes sanitarios y sociales. Se trata de la incluida en el *Informe Abril*[130,151].

Surgió a raíz de que "en 1990, el profesor Robert J. Blendon, de la Harvard School of Public Health, Harvard University, publicó los resultados de una encuesta internacional sobre la satisfacción del consumidor en diez países desarrollados: Alemania, Australia, Canadá, EE.UU., Francia, Holanda, Italia, Japón, Reino Unido y Suecia[276]. La Comisión solicitó al Profesor Blendon que llevase a cabo otra encuesta en España con idéntica metodología, de tal forma que los resultados obtenidos en nuestro país pudieran integrarse con los de la encuesta internacional y así conocer la situación del S.N.S., medida por el grado de satisfacción del ciudadano, en un contexto de servicios de salud de naciones avanzadas. El Profesor Blendon aceptó el encargo y éstas son las principales conclusiones resumidas de su estudio:

a) La insatisfacción que expresa el ciudadano español con el Sistema Nacional de Salud es considerable, tanto en términos absolutos (el 77% de los ciudadanos cree que el Sistema necesita cambios fundamentales o una completa reforma), como relativos (de los once países estudiados, sólo en dos, Italia y Estados Unidos, la insatisfacción es mayor).

b) La asistencia sanitaria figura en el primer lugar (designada por el 39% de los ciudadanos), seguida por educación (22%), pensiones de jubilación (17%) y vivienda (18%), de los servicios que deberían ser beneficiados en el supuesto de que el Gobierno decidiera gastar más. Los españoles señalan, sin embargo, algunos límites al gasto sanitario. Una corta mayoría (56%) opina que España

gasta muy poco en sanidad, mientras que el 33% juzga que el monto del gasto es el que corresponde al país. Por otra parte, el 72% de los ciudadanos piensa que la reforma del Sistema es preferible a un aumento de los gastos sanitarios.

c) Aunque los españoles desean la reforma de su Sistema, el 71% se muestra satisfecho con los servicios sanitarios usados por sus familiares en el pasado año. Esta contradicción aparente se explica porque la insatisfacción general se refiere a la organización, financiación, eficiencia, burocracia y equidad del Sistema como conjunto y la satisfacción con los Servicios es una evaluación de la calidad de la asistencia recibida por la persona o los miembros de su familia. De todos modos, la alta satisfacción con la asistencia sanitaria en España es inferior a la de otros países, como Canadá (94%), Gran Bretaña (76%) y los Estados Unidos (80%).

d) La mayoría (56%) de los españoles cree que la asistencia médica y hospitalaria en el sector privado es mejor que en el Sistema Nacional de Salud, y uno de cada tres dice que la asistencia es igual.

e) Las grandes fuentes de insatisfacción con el Sistema Nacional de Salud son la percepción de que la asistencia podría ser mejor y el tiempo de espera para ver al médico y recibir la hospitalización y el tratamiento quirúrgico necesarios".

Los americanos fueron los menos satisfechos, globalmente, con su sistema, en contraposición con los canadienses que fueron los más satisfechos, Blendon *et al.* lo relacionaron con el gasto *per capita*. En España, a pesar de la alta insatisfacción con el sistema sanitario (77%), un 71% dijeron estar satisfechos con los servicios sanitarios utilizados el último año, porque les solucionaron su problema de salud, es interesante esta diferenciación entre el sistema general y el servicio concreto.

Algún tiempo más tarde los autores de estas encuestas -previa a la de los diez países, habían hecho otra en tres países[277]- reconocieron que, dadas las diferencias culturales, no eran comparables los resultados, como ya hemos dicho anteriormente en el parágrafo 2.2.2. Sí podrían serlo en la misma población, con encuestas sucesivas, para ir viendo la evolución de la satisfacción de los usuarios y la del S.N.S., y tampoco lo serían si estuviesen muy separadas en el tiempo.

Esto se vio en Andalucía; se hizo una encuesta en 1984 y otra en 1992, y Rodríguez-Legido afirma: "Un aspecto importante es la desproporcionalidad entre las mejoras introducidas en el sistema sanitario y el aumento de la satisfacción de los usuarios. Las mejoras introducidas en el sistema son evidentes y pueden cuantificarse a través de indicadores como el incremento de presupuestos, de personal, de equipamientos, de infraestructura, etc. Sin embargo, parece que el ligero aumento detectado en la satisfacción, no guarda correspondencia con el gran esfuerzo realizado por la administración sanitaria en la mejora de los servicios.

... La explicación a esta falta de linealidad no es única, e indica por un lado que los esfuerzos presupuestarios no siempre se han traducido en variaciones importantes en los aspectos que repercuten más negativamente en la satisfacción, como es la agilidad en la prestación de los servicios. Y por otro, que la satisfacción del usuario es tanto una consecuencia como un determinante de la utilización, y un aumento en la satisfacción puede llevar consigo un aumento en la demanda de los servicios estableciéndose un sistema retroalimentado de satisfacción-exigencia"[278].

A estas mismas conclusiones ya habían llegado Zastowny *et al.*[279] estudiando las causas de la satisfacción.

Se llevaron a cabo otras dos encuestas por el INSALUD, cuyos resultados pretendían mostrar la realidad de opinión de la población hacia el sistema sanitario público, a pesar de que su diseño no descansaba sobre ningún modelo conceptual de satisfacción con los servicios sanitarios y a la vez mezclaban aspectos propios de encuestas de salud (utilización) con aspectos propios de encuestas de satisfacción.

La primera se hizo en 1988. Su metodología obedecía a un trabajo propio de diseño de encuesta. Y se repitió en 1990: *El INSALUD ante la opinión pública*[280]. Se trataban de unas encuestas de contenido diverso sobre conocimientos, actitudes, valoración y utilización de los servicios sanitarios, tanto de asistencia primaria como hospitalaria. El interés estuvo en la comparación de los dos momentos en el tiempo.

No vamos a entrar a analizar en este apartado las encuestas realizadas en diversas Comunidades Autónomas, como es el caso de Andalucía[281,282], Madrid[283], o Cataluña[284], lo haremos posteriormente.

2.5.2. Galicia

El Servicio Galego de Saúde ha realizado una encuesta a nivel autonómico entre el 25 de noviembre de 1995 y el 15 de enero de 1996[285].

Objetivo: conocer el nivel de satisfacción alcanzado entre las personas que fueron ingresadas en cualquiera de los centros hospitalarios públicos.

Población a la que se dirigió el estudio: la dada de alta entre el 1 de septiembre y el 15 de octubre de 1995.

Muestra: 2.641 personas del total de 21.809 ingresadas en los hospitales más grandes de la red sanitaria pública gallega.

Metodología: entrevista personal en el hogar del usuario.

Algunos resultados:

* El perfil medio del usuario de la muestra es: mujer (54,7%), de más de 65 años (el 27,2% de ellas) y nivel socio-cultural medio o medio-bajo.

* El 92,3% de los entrevistados consideró que su estancia hospitalaria mejoró su estado de salud, mientras que el 7,2% declaró encontrarse igual. Por servicios, no se encontraron mejor: geriatría (40%), reumatología (40%), oncología (30,6%), neumología (23,5%), cuidados intensivos (14,8%) y cardiología (14,3%).

* El 62,4% dijo haber entrado por urgencias, el 34,28% que era paciente programado y el 3,3% que fue derivado desde otro hospital. La coordinación entre hospitales para la derivación fue valorada como excelente por el 18%, buena por el 65,8% y regular por el 14,7%.

* El 61,7% recordó el nombre del médico que lo atendió, y el 38,3% no. Este indicador aumentó en los ingresos programados al 72% y disminuyó en los ingresos por urgencias al 55,9%.

* La valoración de la gravedad de la dolencia que motivó su ingreso varió en función de la edad y del status socio-cultural. El 63,4% de las personas mayores

entrevistadas consideraron que su enfermedad era grave o muy grave, frente al 32,4% en el grupo de 15 a 29 años y el 36,1% entre los usuarios de pediatría. Por otro lado, los pacientes clasificados como de status alto o medio-alto perciben su enfermedad como leve o moderada de forma mayoritaria (62,2%), mientras que los integrantes de status bajos o medio-bajos sólo lo hacen el 46%.

* El 89,8% afirmó que volvería al mismo centro, el 7,5% que no lo haría y el 2,8% que no sabe/no contesta.

* Superaron el 93% las personas cuyos gastos corrieron a cargo de la Seguridad Social y sólo un 1,3% tenía algún seguro privado.

* La mayoría de estas personas estuvieron menos de una semana en el hospital, salvo en los complejos hospitalarios Juan Canalejo, Universitario de Santiago, Xeral Cíes y Xeral Calde, en los que la estancia media superó los diez días por persona.

2.6. Justificación del interés y necesidad del estudio

Medir la satisfacción de los usuarios con los cuidados de salud o servicios sanitarios recibidos, es uno de los métodos que se pueden utilizar para evaluar la calidad de la atención que ofrecemos. Pero también es una forma de participación de los usuarios en el Sistema Sanitario, al expresar su percepción y valoración de los servicios.

Queremos que nuestra encuesta de post-hospitalización sobre la satisfacción de los usuarios sea una investigación aplicada que, mediante la obtención de información útil, sirva de instrumento para mejorar la salud de la población atendida por el Complejo Hospitalario Juan Canalejo. La medida de la satisfacción de los usuarios proporciona una información valiosa sobre la prestación de servicios (difícil de obtener a través de otras fuentes) y útil para mejorar aquellos aspectos de los mismos que deben ser modificados para adaptarlos mejor a las necesidades de los usuarios.

Nuestro objetivo no es elaborar un documento escrito, sino detectar problemas, priorizarlos y suministrar una base de información que sirva para abrir caminos que después puedan facilitar el desarrollo de acciones concretas o, incluso, programas, que asuman el reto de disminuir las insatisfacciones ante la atención sanitaria en esta

población, mejorando así sus necesidades percibidas de atención a la salud y la calidad percibida de estos servicios sanitarios[286,287]. Larrea dice de la Calidad Total que *es*: "Un enfoque estructurado y orientado a la identificación y solución de problemas", y que *no es*: "Fuegos de artificio"[94]. Opinamos como Diego Gracia, que dice: "Los procedimientos que intenten mejorar la calidad subjetiva de la asistencia sanitaria, yo creo que tienen que ser muy bien recibidos no sólo por el público, es decir, por los usuarios del sistema sanitario, sino también por los profesionales"[288].

A la luz de todo el marco legislativo y de las declaraciones de intenciones oficiales que hemos expuesto en el parágrafo 2.2., creemos que este estudio va a ser pionero, en esta Comunidad Autónoma, en el campo de la investigación amplia y profunda sobre la satisfacción de los usuarios, en este tipo de control de la calidad asistencial, y en una preocupación seria por la relación humana que se establece entre la persona atendida y la que atiende, cuestión fundamental cuando se trata de la salud, tanto física como mental[24].

Quizá no sea éste el lugar más apropiado para ponernos a hablar sobre la interrelación cuerpo-mente, pero a estas alturas ya nadie sensato, y con experiencia en práctica clínica, duda del efecto positivo ejercido sobre la salud física por una buena relación profesional-usuario, como ya hemos dicho en diversos parágrafos. La humanización de la asistencia sanitaria es uno de los pilares básicos para alcanzar una buena calidad en el servicio prestado.

Este trabajo también puede servir como instrumento para favorecer la concienciación de los usuarios de este complejo hospitalario de la importancia de su participación en la toma de decisiones sobre su propia salud, y la sensación de seguridad al saber que sus necesidades y opiniones son tenidas en cuenta para mejorar el servicio que se les ofrece.

También pretendemos que el camino abierto por nuestra encuesta tenga un carácter continuo y que se vaya actualizando la información en fases posteriores, así como mejorando las insuficiencias de la fase inicial; estableciendo, a este nivel, un Sistema de Información Sanitaria (S.I.S.). La aplicación de técnicas modernas para la

recogida de información es otro de los pilares básicos para mejorar la calidad de los servicios sanitarios[289].

Diversos autores señalan que los objetivos de medir algún aspecto relacionado con la salud de las personas son cinco[290,291]: 1) la evaluación de la eficacia y la efectividad de las intervenciones médicas, 2) la evaluación de la calidad de la atención médica, 3) la estimación de necesidades de la población, 4) la mejora de las decisiones clínicas y 5) la comprensión de las causas y las consecuencias de las diferencias en salud. Hacia estos objetivos pretendemos dirigir nuestros esfuerzos, y hacia ellos se tienen que dirigir los S.I.S.

En otros ámbitos, también se está avanzando en estas percepciones. El profesorado de diversas universidades, hace hincapié en la importancia de empezar a pensar ya en la *Atención al Usuario* como enseñanza universitaria en las carreras (medias y superiores) de Ciencias de la Salud, para que el alumnado integre esta *nueva cultura* en sus conocimientos, de cara a que los futuros profesionales puedan potenciar y mejorar su relación con los usuarios de sus servicios. Temas como Legislación Sanitaria, Ética, Planes de Salud, Servicios, Unidades de Atención en Atención Primaria y Hospitalaria, Prestaciones, Sistemas de Información, Técnicas de Comunicación, Habilidades Sociales y otros, formarían parte de este *currículum*[292].

Otra deseable evolución de nuestra investigación, en fases posteriores, sería la elaboración de otras cuatro encuestas de satisfacción de los usuarios del Complejo Hospitalario Juan Canalejo, ante la atención recibida: una para las Consultas Externas, otra para el Servicio de Urgencias y otra para la Hospitalización Domiciliaria, y una cuarta, más específica, con unos métodos distintos, para los usuarios del Servicio de Pediatría, ya que la satisfacción de los niños no se puede medir con los mismos parámetros que la de los adultos[293].

Hacemos nuestra la opinión de otros autores que afirman: "El investigador tiene que ser curioso y convertir en sospecha lo que otros afirman como verdad; convertir en puntos de partida lo que otros creen que son puntos de llegada. Sin curiosidad no cabe imaginar un proyecto de investigación"[294].

Las encuestas de opinión (para la captación de información general sobre preferencias y actitudes), las de salud (en este campo se usan generalmente para saber el grado de utilización de los servicios) o las de satisfacción (utilizadas para la investigación y la gestión, ya que captan información sobre la prestación específica de un servicio) son un instrumento de participación comunitaria, esto supone que es importante informar a la comunidad de los resultados obtenidos.

Santos dice de los informes de la evaluación: "Muchas investigaciones se ponen en marcha por iniciativa de personas que tienen interés por conocer diversos tipos de fenómenos. Una vez aceptada la propuesta de colaborar con los investigadores, algunas personas ofrecen información o son sujetos de una observación de reglas conocidas sólo por los que diseñaron el proceso de investigación. Una vez finalizada la exploración, los investigadores se ausentan del campo de indagación y elaboran en la soledad de sus despachos, los informes pertinentes. Informes que, muchas veces, no llegan a conocer los informantes. Esta dinámica empobreció la naturaleza de los procesos y generó dificultades para que nuevos investigadores accedan a los lugares que interesa explorar. Los sujetos tuvieron la sensación de ser cobayas, personas con las que se experimenta o sobre las que se investiga, pero que son ajenas por completo a la naturaleza de la investigación, al tipo de diseño, al tipo de datos que se recoge, a la interpretación que se hace de los mismos y, en definitiva, a la aplicación que se hace de ellos.

... Cuando se realizan investigaciones y no se devuelve la información a los protagonistas se pierde una fuente importantísima de reflexión y de cambio. Si los informes se publican después, sin la participación y la anuencia de los protagonistas, se puede producir una situación inquietante de utilización de las personas. Pero, sobre todo, se corta la posibilidad de participar en un momento determinante de la producción y de la aplicación del conocimiento"[295].

Los resultados de las encuestas deben concluir con informes o resúmenes que sean entendidos por profesionales de la salud no versados en este tema e, incluso, por personas sin especial formación en medicina o ciencias de la salud; deben ser concretos, claros y breves, y no una lista interminable de problemas, y lo suficientemente interesantes como para que permitan una lectura fácil, ágil y útil[296].

No queremos dejarnos llevar por el *síndrome de estar quemados*, del que ya hemos hablado en el parágrafo 2.2.2.[142], así que, aunque por supuesto un trabajo de investigación es siempre algo *muy serio*, entendemos por *trabajar con seriedad* una cosa distinta que *trabajar con tristeza*, y eso es lo que vamos poniendo en práctica a lo largo de todas las etapas del estudio, siguiendo a alguien tan pedagógico como Rodari[297], que decía: "Non faccio nulla senza gioia", u otras frases que darían que pensar como: "¿Por qué la escuela, para ser seria, tiene que ser aburrida?"..., o a alguien tan sistemático como Sorgi y Hawkins, que dicen: "El humor reaviva el interés y proporciona un ligero alivio. La medicina suele ser un difícil oficio pero no hay ninguna razón para que, además, sea aburrida"[40]..., o a alguien tan metodológico como Cleese, que dice: "El problema es que a veces confundimos la seriedad con la solemnidad. Cuando el humor está presente, no somos menos serios, sólo menos solemnes. Y se exagera el valor de la solemnidad aunque suele inducir en las personas sentimientos de pomposidad, rigidez y la correspondiente pérdida de valor humano natural y de comunicación fácil y abierta"[298].

Y, por supuesto, queremos llegar a buen puerto sin mayores borrascas... Nos gustaría poder acabar diciendo como Cervantes, en el prólogo de sus *Ocho comedias y ocho entremeses nuevos, nunca representados*: "Compuse en este tiempo hasta veinte comedias o treinta, que todas ellas se recitaron sin que se les ofreciese ofrenda de pepinos ni de otra cosa arrojadiza; corrieron su carrera sin silbos, gritas ni barahúndas"[299].

USC
UNIVERSIDADE
DE SANTIAGO
DE COMPOSTELA

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo general

* Recoger una evaluación subjetiva del proceso de servicios del Complejo Hospitalario Juan Canalejo, estimando la satisfacción de los usuarios ingresados en él.

3.2. Objetivos específicos

* Identificar los factores que están relacionados con una mayor o menor satisfacción de los usuarios con la asistencia recibida.

* Determinar el peso que cada uno de esos factores ejerce sobre la percepción de la calidad de la asistencia recibida.

* Conocer la capacidad de esos factores para predecir a qué grupo de satisfacción pertenecen los usuarios.

* Analizar la influencia de las características demográficas y socioeconómicas sobre la satisfacción de los pacientes.

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

USC
UNIVERSIDADE
DE SANTIAGO
DE COMPOSTELA

4. SUJETOS Y MÉTODOS

4.1. Diseño de la investigación

Para alcanzar los objetivos[300,301,302] planteados en este trabajo de investigación, diseñamos un estudio epidemiológico observacional[303,304,305], transversal, también llamado estudio de corte transversal *(cross-sectional study)*[306,307,308,309].

4.2. Sujetos

4.2.1. Población del estudio

La *población objeto del estudio* o *población objetivo* o *población diana*[e] es el conjunto total o universo de elementos (denominados *individuos* o *unidades de muestreo*) al que hacen referencia los objetivos del estudio. Es la población de interés, de la cual se pretende conocer ciertas características, y es el conjunto completo de individuos al cual se generalizarán los resultados y se referirán las conclusiones del estudio. Es el *marco* del sondeo[310,311]. En nuestro caso eran las personas ingresadas en el Complejo Hospitalario Juan Canalejo, de las cuales deseábamos conocer su grado de satisfacción con los servicios recibidos[312,313,314].

Generalmente no se puede obtener información, de una forma razonable, sobre la totalidad de la *población objetivo*, y los investigadores deben conformarse con obtenerla de un número más reducido de individuos, subconjunto del *universo*, que constituyen la *población objeto del muestreo* o *población origen de la muestra* o *población accesible*. En nuestro trabajo, estaba compuesta por las personas ingresadas, que habían sido dadas de alta entre el 4 de marzo y el 3 de abril de 1996[312,313,314].

---

[e] En intervenciones y programas no siempre coinciden la población objetivo y la población diana. El ejemplo más claro son las vacunaciones: la población objetivo son los niños (que es a los que hay que vacunar) y la población diana son los padres (que es a los que hay que dirigir los programas de vacunaciones para que lleven a sus hijos a vacunar).

A veces ambas poblaciones son idénticas, pero lo más frecuente es que difieran.

Consideramos criterios de exclusión de nuestro estudio:

* Ser menor de 15 años, por entender que se iba a producir un sesgo en las respuestas, ya que posiblemente obtendríamos más las opiniones de sus padres, que las de los propios usuarios. Y, además, como dijimos en el parágrafo 2.6., sería necesario un cuestionario específico para estos usuarios, ya que la satisfacción de los niños no se puede medir con los mismos parámetros que la de los adultos.

* Estar ingresado en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), dado que estos enfermos no son dados de alta realmente, sino que pasan a otro servicio del hospital, desde el que salen de alta más tarde, así que ya iban a entrar en el muestreo de este segundo servicio.

* Estar ingresado en la Unidad de Cuidados Continuados (UCC), por ser enfermos con unas características distintas a los del resto del hospital, en cuanto a atención, servicios recibidos y local en el que están ingresados, lo cual produce una satisfacción distinta y esto provocaría un sesgo en la muestra.

* Estar ingresado en el Hotel de Pacientes, por las mismas razones que el grupo anterior.

Para estos tres últimos grupos de usuarios, sería necesaria, como dijimos para los niños, una encuesta específica.

4.2.2. Muestra

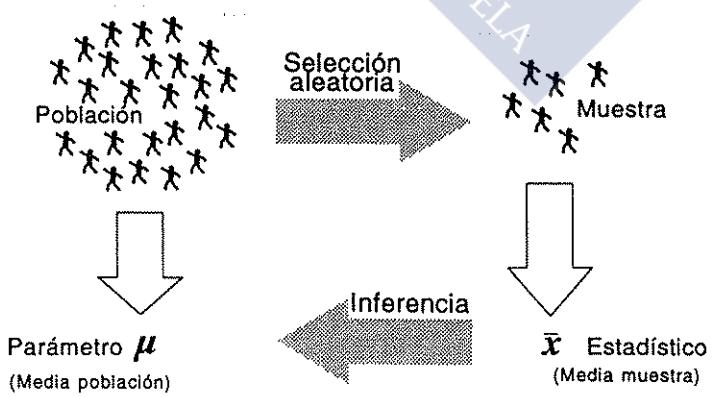
Es la subpoblación de *individuos* realmente estudiada. El número de sujetos necesarios para la realización de un trabajo es siempre menor que el de la población del estudio. Aunque difícilmente podríamos obtener información de todos y cada uno de los individuos ingresados en el Complejo Hospitalario Juan Canalejo (*población objetivo*), podríamos, en cambio, obtenerla de la *población accesible*; sin embargo, motivos de eficiencia de recursos, tanto materiales como humanos (viabilidad), y criterios de validez (las medidas de las variables tenderán a ser más exactas ya que se pueden dedicar más esfuerzos a asegurar su calidad), hacen aconsejable estudiar únicamente un

número reducido de las personas ingresadas, o sea, se trabaja con una *muestra* de la población accesible[315].

Un estudio con un número de participantes excesivo puede ser considerado como 'no ético' en tanto en cuanto que sometemos (si es un estudio clínico) a parte de los mismos a los riesgos de una intervención innecesaria, o, en el mejor de los casos (por ejemplo un estudio del tipo del nuestro), que supone un despilfarro de recursos. Este tipo de estudios no abundan. Por el contrario, un estudio con un tamaño de muestra insuficiente no es capaz de detectar diferencias o efectos relevantes; es inútil, tanto científica como clínicamente y, por lo tanto, éticamente inaceptable, ya que implica una malversación de recursos humanos y económicos. Esta situación es, en cambio, mucho más frecuente que la anterior[316,317].

Las técnicas estadísticas nos permiten *inferir* o inducir las características y relaciones existentes en una población analizando dichos aspectos en una *muestra representativa* o grupo más reducido de individuos *seleccionados aleatoriamente*[318] (figura 1).

Figura 1. El proceso de la inferencia estadística.



Fuente: Burgos R, Chicharro JA, Bobenrieth M. *Metodología de investigación y escritura científica en clínica*. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública/Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, 1994.

"Examinar sólo una parte de los sujetos comporta la incertidumbre de extrapolar a la población los hallazgos de la muestra. Sin embargo este procedimiento, además de tener *menor coste* y de ser *más rápido*, proporciona una información de *mayor calidad* que la obtenida a partir de un censo de la población (un censo es un recuento de determinadas características en *todos* los sujetos de la población). En efecto, estudiar menos sujetos permite administrar cuestionarios y realizar exámenes más detallados, disponer de encuestadores más cualificados e incorporar controles de calidad más rigurosos"[319].

"Paradójicamente, se puede dar el caso de que un estudio proporcione resultados más fidedignos si se lleva a cabo en pocas personas que cuando se estudia todo el conjunto"[320].

4.2.2.1. Determinación del tamaño de la muestra

Si una muestra es demasiado pequeña, al someter a comprobación los objetivos del estudio resulta imposible realizar generalizaciones lo suficientemente precisas sobre la población objetivo, dada la mayor posibilidad de error muestral. Por otra parte, estudiar una muestra demasiado grande, implicaría un despilfarro de recursos.

Obtuvimos el tamaño de la muestra a partir de la fórmula señalada por Schwartz[321] para el caso de variables cualitativas[322,323]:

$$n = (Z^2_\alpha \times p \times q) / e^2$$

Siendo:

n = Número de individuos necesarios para realizar el estudio.

Z_α = Desviación reducida, cuyo valor se halla en la tabla de la ley normal[324,325] para un riesgo consentido prefijado α (o nivel de significación estadística); en nuestro estudio lo fijamos en α=0,05 (5%), por lo que Z_α tomó el valor de 1,96. Así, 1-α=0,95 (nivel de confianza deseado = 95%). Dicho de otro modo, en términos de fluctuaciones de muestreo, esto significa que hay únicamente 5 posibilidades sobre 100 de que el verdadero valor de la proporción π de nuestra población se sitúe fuera del intervalo obtenido. El valor de α es arbitrario, la única

condición que debe cumplir es ser pequeño (dado que indica la probabilidad de que los parámetros estén fuera del intervalo) para que el riesgo que representa sea asumible por los investigadores, pero, a la vez, *no* debe ser *excesivamente* pequeño para no tener que aumentar mucho el intervalo y no perder así información; por convenio, en el ámbito de las Ciencias de la Salud, se tomó como valor de referencia el de α=5%, y se consideran pequeños los errores de predicción que, como máximo, se producen en un 5% de los casos.

p = Proporción de sujetos que presentan una variable determinada en la muestra.

$q = 1-p$.

Para p y q adoptamos el caso más desfavorable: $p=q=0,5$; o postura de la máxima indeterminación, que es el valor que requiere una mayor cantidad de individuos.

e = Precisión con la que se desea obtener la estimación de los parámetros, es decir, amplitud del intervalo de confianza alrededor del parámetro que se desea estimar (este intervalo es igual a $2e$); en nuestro caso la fijamos en 0,04 (estimamos los parámetros con un error de predicción, de muestreo, del $\pm$4%).

Así obtuvimos:

$n = (1,96^2 \times 0,5 \times 0,5) / 0,04^2 = 600$ individuos o unidades de muestreo

4.2.2.2. Método de muestreo

Llevamos a cabo un muestreo aleatorio estratificado[326,327].

Este método consiste en dividir primero a la población en subgrupos llamados *estratos*, según una o más características, y luego se extrae una submuestra al azar en cada uno de los estratos (como si se tratara de un muestreo aleatorio simple realizado en cada estrato). La muestra está formada por el conjunto de individuos elegidos en las submuestras extraídas. El número de sujetos extraídos de cada estrato acostumbra a ser *proporcional* al tamaño del estrato[319], en nuestro estudio lo fue.

Pensamos, como Eco, que el tiempo que se requiere para hacer un buen trabajo de investigación requiere "no más de tres años y no menos de seis meses"[34]. Nosotros

diseñamos este estudio en 1995, así que elegimos como marco del muestreo, el censo de ingresos de 1994 en los hospitales del Complejo Hospitalario Juan Canalejo, que había sido de 34.657 enfermos.

Los estratos fueron los servicios de los hospitales y llevamos a cabo una selección aleatoria de la submuestra en cada uno de ellos, basada en el número de ingresados en el mes que había habido el número mínimo de altas en cada servicio. La selección aleatoria se realizó mediante el procedimiento *Sample* del paquete estadístico *SPSS (Statistical Package for the Social Sciences software)*[328], que está basado en un generador de números aleatorios.

De los 34.657 enfermos ingresados tuvimos que restar, debido a los criterios de exclusión: *a)* 4.692 de los servicios de Pediatría, *b)* 1.004 de la UCI, y *c)* 59 de la UCC; los ingresos en el Hotel de Pacientes no están incluidos en el cómputo general. Así que hicimos el primer muestreo (de 600) sobre los 28.902 enfermos incluidos en los criterios. Después, de idéntica forma, llevamos a cabo el muestreo de los otros 200, para solventar las *no respuestas*, como explicamos a continuación.

4.2.2.3. Método de tratamiento de la *no respuesta*

Las principales fuentes de sesgo de una muestra son los *errores de cobertura*, producidos por un *marco* del sondeo[f] imperfecto, con repeticiones o con información incompleta, y los *errores por falta de respuesta*.

Los *errores por falta de respuesta* están producidos por los sujetos de la muestra que no pueden ser investigados (ausencia del encuestado, negativa a contestar, etc.). Comportan casi siempre un *sesgo* porque generalmente no se producen por azar ya que estos sujetos tienen características diferentes de los que contestan. La importancia del sesgo aumenta con el número de *no respuestas*.

Diversos factores afectan a la no respuesta: marco muestral, método de entrevista, selección, entrenamiento y control del equipo de encuestadores, longitud y tipo de

[f] Los investigadores acostumbran a hacer *sondeos* para conocer determinados aspectos de una población. Un sondeo comporta el estudio de las características que interesan en una *muestra*. Usamos el vocablo *sondeo* como contraposición a *censo*, en el que se estudian *todos* los sujetos de la población y no un subconjunto de ellos.

lenguaje del cuestionario, tipo de preguntas, tipo de área (rural, ciudad pequeña, grande...), viabilidad e, incluso, publicidad que se le dé[329].

Las principales acciones para minimizar los errores por falta de respuesta son: la ejecución de un *sondeo complementario* entre los sujetos sin respuesta (varios intentos repetidos para localizar y entrevistar a las mismas personas que no respondieron) y la introducción de *correcciones* durante la etapa de análisis estadístico. Nosotros optamos por el sondeo complementario.

No debe olvidarse nunca que es preferible una muestra pequeña con una correcta extracción al azar y sin casos perdidos, a una muestra grande con una defectuosa elección al azar o con muchos casos perdidos.

Programamos la entrevista a los usuarios 'al alta'. En la mañana que eran dados de alta, después de que se les hubiese comunicado y antes de marcharse, serían entrevistados por los encuestadores, sin avisarlos previamente de que se les iba a pasar un cuestionario. Era de esperar una *proporción de respuesta*[g] elevada porque las personas aún no se habían ido. Sin embargo, algunos usuarios, podrían haber abandonado ya el hospital cuando se les fuese a entrevistar, así que planificamos un seguimiento telefónico de esas personas. Se las llamaría hasta tres veces (en el caso de que tampoco se las localizase a la primera llamada) y sólo a la tercera llamada negativa se las daría por perdidas.

Diversos estudios confirman que[329] en todas las encuestas se incrementa sustancialmente el número de respuestas cuando crece el número de repeticiones de las llamadas.

Otra forma de solventar el problema de las *no respuestas* o *pérdidas* de usuarios y posibilitar el estudio posterior, cuando la probabilidad de respuesta es la misma para

---

[g] Mal llamada con excesiva frecuencia *tasa de respuesta* (término que se utiliza también en la *tasa de no respuesta*). La tasa *(rate)* es una *razón de cambio* entre dos magnitudes, es decir, el cociente entre la variación relativa de una magnitud *Y* respecto a otra magnitud *X*, *[y=f(x)]*. La tasa es dinámica; realmente es la dinámica de un proceso a lo largo del tiempo; es equivalente a velocidad. Tasa=[(nº de sucesos acaecidos en un tiempo *t*)/(población en riesgo de sufrir el suceso en *t*)]$\times 10^n$.

todos los sujetos, como era nuestro caso, es que la muestra sea significativamente mayor que la que hubiese sido suficiente según la fórmula utilizada en el muestreo:

$$n = (1{,}96^2 \times 0{,}5 \times 0{,}5) / 0{,}04^2 = 600 \text{ individuos}$$

Así que, para garantizar la consecución de una muestra suficientemente representativa, utilizamos la siguiente fórmula[320]:

$$n_a = n\ (1 / 1 - p)$$

Siendo:

n = Número teórico de individuos necesarios para realizar el estudio.

n_a = Número ajustado de individuos necesarios para realizar el estudio.

p = Proporción esperada de no respuestas; hicimos una estimación del porcentaje de no respuestas en torno al 25% (p=0,25).

Y obtuvimos:

$n_a = 600\ (1 / 1 - 0{,}25) = 800$ individuos o unidades de muestreo

Con lo cual, elevamos el número de cuestionarios que habría que pasar a 800 (introduciendo estos 200, a mayores, en el muestreo aleatorio realizado en cada estrato, respetando la proporcionalidad).

4.2.2.4. Error muestral

Este error está en función del número de observaciones o elementos seleccionados para representar un universo dado. En general, cuanto mayor es el tamaño de la muestra, menor es el error en los estimadores de esta muestra (acercándose, así, los estadísticos de la muestra a los parámetros de la población). Si hubiese un momento en el que el tamaño de la muestra fuese tan grande que coincidiese con el de la población, no habría error de muestreo, ni variabilidad, ya que las medidas o estimaciones (estadísticos) observadas en la muestra coincidirían con las medidas teóricas (parámetros) de la población.

Pero el coste total del estudio está condicionado por el número de elementos incluidos. Por ello, el balance entre *coste* y *precisión* es muy importante cuando las encuestas se realizan a niveles *locales*, donde la disponibilidad de recursos suele ser

más reducida[159]. Es importante realizar una buena determinación estadística del tamaño de la muestra para obtener una precisión adecuada, dentro de unos costes sensatos.

4.3. Métodos

4.3.1. Revisión bibliográfica

Es imprescindible la realización de una revisión bibliográfica exhaustiva, amplia y profunda[330,331,332], para examinar qué se ha hecho sobre el tema y qué experiencia hay acumulada con respecto al mismo[333,334], de forma que no 'quede en el tintero' ninguna variable importante[335,73] que pueda estar relacionada con la consecución de los objetivos del estudio[336,337,338,339]. "La información constituye la base indispensable para la toma de decisiones"[340].

Escogimos un método de búsqueda bibliográfica simple y sistemático, que inevitablemente se acaba haciendo largo y pesado, pero es muy útil.

Complementamos varios caminos[341,342]:

a) nos pusimos en contacto con *expertos* preguntándoles su opinión y referencias bibliográficas específicas;

b) miramos en nuestras bibliotecas personales y del Área de Medicina Preventiva y Salud Pública, por si teníamos 'a mano' alguna revista o libro que contuviese información sobre lo que buscábamos;

c) consultamos las bibliotecas de la Facultad de Medicina, la Central de la Universidad de Santiago de Compostela, la del Complexo Hospitalario Universitario de Santiago, la del Complexo Hospitalario Juan Canalejo, la de la Escuela Nacional de Sanidad y la de la Escuela Andaluza de Salud Pública, que, a su vez, nos pusieron en contacto con otras;

d) aprovechamos las citas bibliográficas de publicaciones relacionadas con el tema y de los artículos que íbamos obteniendo, consiguiendo así otros que estaban reseñados en los primeros;

e) y a esta lista habría que añadir a las amistades avezadas, que sabían que buscábamos bibliografía y se dedicaban a pasarnos artículos, comunicaciones,

ponencias, etc., fotocopiadas, o a decirnos qué podíamos encontrar a través de la red de Internet[343,344,345,346].

Hicimos la búsqueda a través de *thesaurus*, por los descriptores (palabras clave) que relacionamos en el parágrafo 1., de este trabajo de investigación, y con conectores lógicos: *and, or* y *not* (búsqueda booleana[347]).

Identificamos las referencias a través de:

* Búsqueda manual en repertorios o índices: *Índice Médico Español*, *Index Medicus*, *Excerpta Medica*, *Current Contents*.

* Búsqueda informatizada en bases de datos (teledocumentación), que en este caso ha sido a través de CD-ROM *(compact disk - read only memory)*: *IME*, *MEDLINE*, *EMBASE*, *SCISEARCH*, *Social Sciences Citation Index*, *Science Citation Index*, *Índice Español de Ciencia y Tecnología*.

4.3.2. Elaboración de un cuestionario de satisfacción de usuarios

4.3.2.1. Validez

El término validez se puede usar de dos maneras[348]:

1) Un estudio es considerado válido si los resultados se pueden tomar como una representación razonable de la situación verdadera; es decir, si el estudio fue repetido en la misma población usando los mismos métodos, y se obtuvieron aproximadamente los mismos resultados. Esto hace referencia a la validez externa, o generabilidad, y a veces es complicado de analizar porque la situación *real* en la que fue realizado el primer estudio no es bien conocida.

2) La otra forma de usar este término es menos amplia. Se refiere a si la medida de una exposición o resultado mide, en efecto, esa exposición o resultado. Esto sería la validez interna.

Un estudio no puede ser válido (generalizable; validez externa) si las medidas que se utilizaron en él no fueron válidas (validez interna).

Es por esto por lo que, cuando hablamos de la validez de un instrumento de medida, nos referimos al grado con el que proporciona información de la característica que pretende medir y no de otras características. Un indicador de un concepto abstracto

es válido en función de su capacidad para medir aquello que dice medir; así pues, la validez se refiere a la crucial relación existente entre el concepto y el indicador[159]. A la hora de elaborar el método de recogida de datos, es importante que las variables que hay que manejar están lo más cercanas posible a lo que se quiere evaluar, teniendo en cuenta los recursos disponibles y otras consideraciones prácticas.

La evaluación de la validez de un instrumento de medida ha de centrarse, pues, en el significado de la información que el mismo provee, y no es sencillo hacer esta valoración.

Hay varios tipos de validez[349]:

a) *Validez de contenido:* Consiste en representar, por medio de la medida, todas las dimensiones, todos los aspectos del concepto que se mide. Para determinar la validez de contenido hace falta, en primer lugar, identificar en el terreno conceptual los diferentes componentes del concepto, o sea, que la variable esté ligada al nombre que se le ha dado. Este proceso se apoya generalmente en una revisión de la literatura o en la opinión de personas expertas. También se está utilizando ya para esto el análisis de correlación.

b) *Validez de criterio:* Se refiere a que la variable puede ser medida con precisión. Está basada en la correlación entre la medida sometida a consideración y otra variable anterior que resulta adecuada para medir ese atributo, o *medida de referencia*, que se usa como patrón, criterio estándar o estándar de oro *(gold standard)*. Cuando la otra variable se sitúa en el futuro, se le llama entonces *validez predictiva*. Cuando el criterio es un fenómeno que tiene lugar en el mismo momento, la correlación entre la medida y el criterio constituye la *validez concomitante* o *concurrente*.

Cuando el fenómeno a medir es complejo (ciertas actitudes, la salud...) y no existen medidas previas que puedan considerarse patrones o criterios, la evaluación de la validez *de criterio* es imposible y deben buscarse evidencias complementarias.

Las medidas clásicas de sensibilidad, especificidad y valor predictivo, son las más idóneas en otras situaciones.

c) *Validez de construcción* o *de constructo:* Es más difícil de definir, puesto que trata aspectos en los que las definiciones de los conceptos no se establecen

claramente, bien a causa de su grado de abstracción, o más simplemente, a causa del estado de conocimientos limitados en relación con el concepto. En este caso, la determinación de la validez se basa en la teoría relativa del aspecto estudiado. Puede verificarse la validez de construcción por diferentes análisis de correlación entre los distintos elementos del mismo test o entre los mismos elementos de distintos tests; hay que valorar simultáneamente la teoría y el método[350]. Este tipo de validez se divide generalmente en convergente y discriminante: la *convergente* requiere la correlación entre las variables relacionadas, y la *discriminante* requiere la no correlación entre las variables diferentes. Para valorar la validez *de construcción* de estas variables se está utilizando ya el análisis factorial.

De todos modos: "La validez de un instrumento de medida no es una propiedad universal o *per se*. Se trata de una característica del instrumento cuando se utiliza en una muestra determinada y en condiciones determinadas. Esto implica que la validez de los instrumentos de medida debe considerarse de manera relativa más que absoluta"[351].

Valoramos la validez de nuestro cuestionario mediante la validez de contenido y la validez patente[352].

a) *Validez de contenido*: Se denomina así, como ya dijimos, cuando varios expertos se muestran de acuerdo con la medida de una característica. Para ello hicimos una amplia revisión bibliográfica de cuestionarios, y sometimos el cuestionario y las instrucciones al juicio y valoración de expertos, a través de un proceso en el que las sugerencias nos conducían a modificaciones en el borrador, elaborando así una nueva versión que, a su vez, era sometida al mismo proceso; empleando el método Delphi.

b) *Validez patente* o *aparente*: Se denomina así cuando parece obvio el significado y la relevancia de una medida; cuando, en apariencia, es razonable. Es una forma de validez de contenido. Un ejemplo de esto puede ser medir el sexo como mujer/hombre.

La validez depende de[353]:

* no respuesta:

- buscar estrategias para mejorar la respuesta

- analizar la no respuesta (estas personas podrían dar respuestas diferentes a las que sí responden)

* sesgos del investigador (en la interpretación que hace de los datos).

4.3.2.2. Fiabilidad

La fiabilidad mide el grado en el que se pueden reproducir los resultados obtenidos con un instrumento de medida, cuando se aplica de manera repetitiva, realizando las medidas en condiciones muy similares (a veces el concepto *'condiciones muy similares'* o *'mismas circunstancias'* es difícil de evaluar); su variación es debida al azar (error aleatorio) *(random error)*. La fiabilidad se refiere, por lo tanto, a la varianza que se debe al error debido al azar *(random error variance)*[350]. La *traducción* estadística de la fiabilidad es la precisión.

Analizándolo bien, lo que evaluamos no es realmente la *fiabilidad*, sino la *reproductibilidad* del cuestionario. Los estimadores de las variables obtenidas en las encuestas reflejan parte del 'valor real del estimador', así como errores aleatorios que resultan de la no reproductibilidad de la medida en sí misma[159].

Un instrumento de medida puede tener una buena reproductibilidad y una baja validez, pero un instrumento de medida que tenga una buena validez, no puede tener una baja reproductibilidad.

Para evaluar la fiabilidad, tenemos que evaluar el error aleatorio que se puede producir, cuyas causas son principalmente tres: las diferencias o variaciones en los sujetos del estudio (en nuestro caso, las personas que responden al cuestionario) (variación individual), las diferencias o variaciones entre los observadores (en nuestro caso, los encuestadores) (variación interobservadores o interobservacional) y las diferencias o variaciones en el instrumento de medida (en nuestro caso, el cuestionario) (variación de la consistencia interna).

La fiabilidad, o, mejor dicho, la reproductibilidad, se refiere a la estabilidad y equivalencia de los resultados en medidas repetidas del mismo concepto:

a) *Estabilidad:* Viene dada por la consistencia de las respuestas de las mismas personas a la misma pregunta cuando son interrogadas en distintos momentos, asumiendo que no se han producido cambios reales que obliguen al entrevistado a dar una respuesta diferente.

b) *Equivalencia:* Viene dada por la consistencia de las respuestas cuando diferentes encuestadores utilizan el mismo cuestionario o instrumento de medida, o cuando instrumentos diferentes, pero presumiblemente equivalentes, se aplican para medir a los mismos individuos en el mismo espacio de tiempo.

Esto se traduce en que los estimadores de la fiabilidad reflejan:

1) Hasta qué punto la misma pregunta obtiene resultados consistentes cuando se aplica, en las mismas personas, en diferentes momentos *[fiabilidad examen-reexamen (test-retest)]*.

2) Si distintos encuestadores, en relación a las mismas preguntas, tienden a obtener respuestas comparables *[fiabilidad interobservacional]*.

3) Si preguntas diferentes, que se considera que abordan el mismo concepto subyacente, están correlacionadas *[fiabilidad de la consistencia interna]*[349]. Aunque la consistencia interna no evalúa exactamente la fiabilidad sino la *homogeneidad* del instrumento de medida, es decir, hasta qué punto el instrumento mide un sólo concepto, dimensión o fenómeno.

Generalmente, el valor final de los cálculos se denomina *coeficiente de fiabilidad*, aunque la manera de proceder difiere en cada caso. Este coeficiente de fiabilidad es un número entre 0 y 1; 0 indicaría que un cuestionario no da resultados reproducibles ni es fiable, y 1 indicaría perfecta reproductibilidad y ausencia de error de nuestra escala. Aunque depende un poco de los métodos utilizados, para la mayoría de los objetivos, valores del coeficiente de fiabilidad mayores de 0,75 representan excelente concordancia, valores inferiores a 0,40 representan un acuerdo deficiente o pobre, y valores entre 0,40 y 0,75 representan una concordancia de regular a buena, mejor que la debida al azar; de todos modos hay autores que insisten en que los niveles aceptables de fiabilidad y validez tienen que variar entre 0,85 y 0,94, aunque, a menudo, el valor 0,50 es aceptado para los coeficientes de correlación[354,355,356].

☞ Se han propuesto varias maneras de medir la fiabilidad o reproductibilidad de las medidas de salud frente a la *variación individual*:

* Estimación de medidas repetidas o examen-reexamen (*test-retest*): Se mide en dos momentos en el tiempo un mismo grupo de individuos con un mismo instrumento. La correlación entre las puntuaciones de la primera y la segunda observación provee el coeficiente de fiabilidad. Cambios en la situación de los individuos pueden hacer que las puntuaciones varíen entre la primera y la segunda medida, infraestimándose la fiabilidad del instrumento; por otro lado, si los individuos recuerdan sus primeras respuestas al contestar la segunda vez, la fiabilidad puede sobreestimarse.

* Estimación de versiones equivalentes: Se obtienen medidas en dos momentos distintos del tiempo con dos escalas distintas pero equivalentes. La estimación de la fiabilidad del primer instrumento se calcula a través de la correlación de los resultados de las dos observaciones. Este método aventaja al anterior en que se eliminan los efectos de la memoria; pero si las dos escalas no son totalmente equivalentes, esta estimación será inferior a la fiabilidad real, y tampoco elimina las variaciones reales en los individuos estudiados. Dado que es muy difícil disponer de dos medidas equivalentes, es un método poco utilizado en el caso de escalas complejas.

* Estimación de la división en dos mitades: Se utiliza cuando los *ítems* de un instrumento son divididos en dos partes equivalentes y se calcula la correlación entre las puntuaciones de una y otra. Se requiere que los *ítems* del instrumento sean homogéneos respecto al atributo que se está midiendo. Es útil cuando una gran cantidad de *ítems* están midiendo un único atributo. Este método permite hacer la estimación de la fiabilidad sin tener que hacer dos mediciones; pero al basarse la estimación en una comparación de los resultados de una mitad con la otra, debe hacerse una corrección, denominada de Spearman-Brown[357]. Este método elimina el problema existente en los dos anteriores de las variaciones temporales reales de los sujetos, y el de los efectos de la memoria; pero si las dos mitades de la escala no son equivalentes, la fiabilidad será infraestimada.

☞ *Consistencia interna*: en el cuestionario existen una serie de preguntas que abordan las mismas variables, y que están muy relacionadas entre sí, en las que una alta correlación indica una elevada consistencia interna. Se puede valorar con varias pruebas:

* Coeficiente alfa de fiabilidad o coeficiente α de Chronbach: relaciona la varianza de cada *ítem* componiendo una escala y la expresa como proporción de la varianza del resultado o valor global de la escala.

* Otro método similar al anterior es la fórmula 20 de Kuder-Richardson.

Diversos autores proponen el valor orientativo de 0,80 como nivel mínimo aceptable en medidas aplicadas en estos dos métodos.

* También se usa el coeficiente de Guttman.

* Y los coeficientes paralelo y paralelo estricto.

* La utilización del análisis factorial se está extendiendo cada vez más para valorar la consistencia interna.

☞ La *fiabilidad interobservacional* se puede valorar con diversos métodos:

* Coeficiente Kappa (κ), si las observaciones son de naturaleza categórica.

* Coeficientes de correlación, en los demás tipos de observaciones.

* Correlación intraclase o índice de Kendall de concordancia (W) (es satisfactorio por encima de 0,85).

Hemos evaluado la fiabilidad de nuestro cuestionario mediante:

* División en dos mitades. Que, en nuestro cuestionario, fue hecha sobre 26 *ítems*, 13 en la primera parte y 13 en la segunda:

1. V23 ¿Cómo piensa que fue el tiempo que ha pasado en el hospital?
2. V24 ¿Cómo ingresó en el hospital?
3. V26 ¿Cómo le pareció el tiempo que estuvo en lista de espera?
4. V27 Cuando llegó aquí, el tiempo que tardaron en ingresarlo y la forma de hacerlo, ¿cómo le parecieron?
5. V28 ¿Cómo cree que fue la competencia profesional de su médico o médica?
6. V29 ¿Con qué frecuencia lo visitó y controló su evolución?

7. V30 Cuando necesitó Vd. a su médico, ¿consiguió con facilidad que acudiese?
8. V31 ¿Cuál fue su trato humano y la preocupación y amabilidad con Vd.?
9. V32 ¿Qué tal entendió Vd. y su familia lo que su médico le explicó sobre su enfermedad?
10. V33 ¿Sabe Vd. el nombre de su médico?
11. V34 ¿Cómo cree Vd. que fue la competencia profesional del personal de enfermería que lo atendió?
12. V35 Cuando necesitó al personal de enfermería, ¿fueron rápidos en acudir y ayudarle?
13. V36 ¿Cuál fue su trato humano y la preocupación y amabilidad con Vd.?
14. V37 ¿Cómo cree Vd. que fue la coordinación entre el personal de enfermería y médico que lo cuidó a Vd.?
15. V38 Personal de limpieza: ¿Cómo hicieron su trabajo y cómo se portaron con Vd.?
16. V39 Personal administrativo de la planta: ¿Cómo hicieron su trabajo y cómo se portaron con Vd.?
17. V40 ¿Necesitó Vd. al personal de radiología? ¿Cómo hicieron su trabajo y cómo se portaron con Vd.?
18. V41 ¿Cómo estuvo su habitación de limpia y confortable?
19. V42 ¿Cómo estuvo de tranquila? ¿sintió que tenía Vd. intimidad?
20. V43 ¿Cómo fue la comida que le dieron?
21. V44 El tiempo que tardaron en darle de alta y el modo de hacerlo, ¿cómo le parecieron?
22. V45 ¿Cree Vd. que se tuvieron en cuenta sus preguntas, opiniones y necesidades?
23. V46 ¿Cómo encontró de adecuados los horarios de visitas y las facilidades para sus familiares y amistades?
24. V47 En conjunto, ¿cómo está Vd. de satisfecho con su estancia en este hospital?
25. V55 Desarrollo de la entrevista
26. V56 Ahora está Vd.

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

* Coeficiente alfa o coeficiente de Chronbach.

* Coeficiente de Guttman.

* Coeficiente paralelo.

La fiabilidad depende de[353,358]:

* instrumento de medida:

- períodos de retrospección:

 # principio de la relevancia: la probabilidad de que un problema o un evento relacionado con la salud sea relatado en el curso de la entrevista depende en parte de la importancia atribuida por el sujeto entrevistado a dicha cuestión; situaciones cotidianas con poca repercusión en la vida del entrevistado, pueden pasar totalmente desapercibidas (por ej. el consumo de algún medicamento, alguna visita al médico...)[359].

tiempo transcurrido (entre el fenómeno que se estudia y el momento en que se produce la entrevista acerca del mismo): la probabilidad de que sea declarado disminuye con el paso del tiempo; la mayoría de las preguntas tienen un *período de recogida* relativamente corto: dos semanas o menos para la morbilidad y las visitas médicas, y tres meses para hospitalizaciones; hay autores que han podido evidenciar que cuando ya ha transcurrido un año desde que una persona fue dada de alta de un hospital, esta hospitalización puede ser olvidada en la entrevista en un 40% de los casos[360].

- en relación con las preguntas:

respuestas socialmente aceptables: hay barreras psicológicas y sociales para contestar a ciertas preguntas (hábitos, ingresos económicos...); las condiciones ideales para que una cuestión sea declarada se cumplen cuando el entrevistado es preguntado acerca de algo que es importante para él y sobre lo cual no tiene inconveniente en hablar[359].

cuestionario comprensible

* sesgos del entrevistador (en el parágrafo 4.3.2.6. hablamos de su preparación).

4.3.2.3. Cuestionario

Para diseñar un cuestionario hay que tener en cuenta dos reglas elementales:

a) hay que utilizar palabras simples y familiares;

b) hay que hacer preguntas claras y sencillas.

Para lo cual se deben evitar: las preguntas dobles, con doble negativo, demasiado largas o que supongan que el que las contesta tenga que asumir demasiados conocimientos, y las palabras con doble significado.

Las preguntas han de ser comprensibles y tener el mismo significado para todas las clases de población, de manera que las respuestas sean claras, precisas, correctas y sin ambigüedades.

"Las preguntas cuya respuesta viene establecida por una lista apropiada de posibilidades o condiciones conllevan numerosas ventajas respecto a las preguntas abiertas. Permiten recordar al entrevistado fenómenos triviales que podían haber pasado desapercibidos, obligan al entrevistador a formular la pregunta más estrictamente, disminuyen la influencia que la capacidad de verbalización del entrevistado tiene en sus respuestas y facilitan el análisis al desaparecer la amplia variabilidad en las respuestas a preguntas abiertas"[358].

Para la elaboración del cuestionario tuvimos en cuenta las etapas que describe Pineault[350]:

1ª decidir los objetivos, por consiguiente, la información a investigar;

2ª decidir el tipo de cuestionario que permita recoger mejor la información deseada;

3ª hacer un primer borrador del cuestionario;

4ª examinar el borrador y revisar las preguntas;

5ª validar el cuestionario;

6ª hacer la puesta a punto final del cuestionario y definir su forma de empleo.

Partiendo de textos[361,362,363] sobre el diseño de cuestionarios[364,365,366] y de diversos cuestionarios[15,78,77,79] utilizados y validados en otros estudios[367,368,369,60], adaptamos a nuestro medio un cuestionario de los llamados *'de escalas'*[370,275,282,82,371,372].

En la práctica, hay dos grandes métodos de asignación de valores a las variables en una escala de respuestas: los de estimaciones directas y los comparativos o discriminativos. En los primeros, la aplicación del valor a la variable se hace estimando de una manera directa su magnitud. En los segundos, se hace de una forma indirecta, comparando valores de variables[373,374,375,376]. Entre estos, destaca la técnica propuesta por Thursthone[377,378,379], basada en la comparación de parejas de valores, que son frases escritas en tarjetas, en orden jerárquico de más a menos deseables, y que los encuestados tienen que ordenar en relación con la variable de interés. Y, también en este grupo, es muy conocida la técnica de Guttman[380], en relación con la capacidad funcional, que permite ordenar un grupo de *ítems* dentro de una jerarquía de gravedad (la idea es que los sujetos capaces de realizar una tarea determinada, pueden realizar todas las que son más fáciles; y a la inversa, si no pueden hacer una tarea en particular, tampoco las consideradas más difíciles). Entre los primeros métodos o directos, el más utilizado es la escala de Likert[381,275], que posteriormente dio lugar a otras escalas similares, entre ellas la llamada *escala adjetivada*[362], que es la utilizada por nosotros.

La codificamos conteniendo cinco posibles respuestas a cada pregunta, repartidas de la siguiente forma: 1) muy bien, 2) bien, 3) normal, 4) mal y 5) muy mal. Esta es una escala de medida ordinal; en las clasificaciones ordenadas no es necesario suponer distancias iguales entre categorías, por ejemplo, la diferencia entre «muy bien» y «bien» no es necesariamente la misma que la diferencia existente entre «mal» y «muy mal»[322]. La pregunta sobre satisfacción global (nuestra variable dependiente), sin embargo, quedó codificada como: 1) mucho, 2) bastante, 3) algo, 4) poco y 5) nada. Las preguntas sobre datos generales, demográficos y socioeconómicos, se escapan a estas codificaciones porque tienen las suyas propias[382,383,384,290,385,386,387,388,389,390].

"El primer paso para adaptar un cuestionario es efectuar una traducción adecuada. Bice y Kalimo[391] señalan tres niveles de equivalencia cuando se comparan versiones de un indicador en diferentes idiomas: el nivel tecnológico, el nivel semántico y el nivel conceptual.

En el primer nivel, el tecnológico, el investigador debe tener en cuenta aspectos como la forma de las alternativas a una pregunta (fija, abierta...), la posibilidad de cambiar ligeramente el texto por parte del encuestador, etc. Esto se denomina 'el folklore de la entrevista' y, según Scheuch (1969), parece que estos aspectos son fácilmente transportables de una cultura a otra. En el segundo nivel, el semántico, aparecen problemas del texto de las preguntas, cuestión considerada como la más importante en muchos estudios internacionales. La obtención de traducciones por personas bilingües puede facilitar la tarea en este segundo nivel, tal como se describe en el siguiente apartado. Pero es el tercer nivel, el conceptual, el más relevante de todos: la equivalencia en el significado de una frase no es suficiente para garantizar la equivalencia conceptual. Una medida adaptada debe constar de indicadores idénticos, es decir, equivalentes semántica y conceptualmente. Es preferible utilizar indicadores equivalentes conceptualmente, a utilizar indicadores sólo semánticamente equivalentes.

Diversos autores[392] han recomendado dos métodos similares para obtener versiones de un cuestionario de la manera más fiable posible: la retrotraducción y el método de descentralización.

En el caso de la retrotraducción, una persona bilingüe traduce el cuestionario original a la lengua diana y otra traduce, sin conocer el texto original, esta versión al idioma original. El procedimiento puede ser repetido varias veces siendo preferible hacerlo un mínimo de tres ocasiones. Por su parte, el método de descentralización consiste en repetir la retrotraducción un número suficiente de veces, de tal manera que al trabajar los bilingües con versiones en idioma original y con versiones en idioma diana, el idioma original deja de ser el *centro* del proceso de traducción. El objetivo final es comparar la última versión con la primera original. Si alguno de los conceptos no aparece en la versión retrotraducida, puede ser un concepto sólo expresable en uno de los dos idiomas"[351].

Hemos hecho, con nuestro cuestionario, una retrotraducción. De todos modos, a pesar de ella, el cuestionario sufrió posteriores modificaciones para ser readaptado a nuestra población diana.

Sometimos este cuestionario al juicio y la valoración de expertos, como dijimos en el parágrafo 4.3.2.1., y lo reelaboramos varias veces.

El cuestionario definitivo consta de 45 preguntas cerradas, algunas de ellas con más de un parágrafo, (véase Anexo I), divididas en los siguientes grupos: las 8 primeras, aportan datos generales sobre el tipo de hospitalización, sexo y fecha de nacimiento, que pueden ser cubiertos por el entrevistador directamente de la historia clínica del usuario, para no molestarlo a él y no alargar la entrevista innecesariamente; de la 9 a la 14, datos generales sobre experiencias previas de tratamientos y hospitalizaciones (ya hemos hablado, sobre todo en el parágrafo 2.1.1., de que el usuario tiene unas expectativas con respecto al servicio y que van a estar basadas, en parte, en las experiencias previas); de la 15 a la 17, sobre el proceso de admisión; de la 18 a la 23, sobre el personal médico; de la 24 a la 26, sobre el personal de enfermería; la 27 sobre la coordinación interprofesional; de la 28 a la 30, sobre otro personal hospitalario, incluimos al personal de radiología específicamente porque hay personas con dolor, que les aumenta con la movilización, y es importante el trato que puedan darles al hacerles las radiografías, ya que influye en la satisfacción; de la 31 a la 33, sobre condiciones del entorno; la 34 sobre el proceso de alta; la 35 y la 36, sobre otros aspectos; la 37 y la 38, sobre la valoración de la satisfacción global con la asistencia hospitalaria; de la 39 a la 43, sobre los datos demográficos y socioeconómicos del usuario; la 44 sobre la evaluación del cambio de salud relativo a la estancia hospitalaria; y la 45 sobre el desarrollo de la entrevista, también a cubrir por el entrevistador, y en la que se anotaron los problemas habidos, esta pregunta tuvo importancia, en la encuesta piloto de cara a la elaboración definitiva del cuestionario, y en la encuesta general para saber la colaboración que están dispuestos a prestar los usuarios, si se sienten motivados a participar o no, y que posibilidades existen para sucesivos trabajos de investigación que se lleven a cabo por el método de entrevista personal.

El cuestionario es anónimo, y se le insistió en esto a los usuarios para que respondiesen, con la mayor libertad posible, lo que pensaban realmente.

4.3.2.4. Generación y recodificación de variables

Generamos la variable *edad* en años en el momento de responder al cuestionario, restando de la fecha de respuesta la fecha de nacimiento. Y después la codificamos agrupando por edades, siguiendo las directrices de la OMS[157] y del Ministerio de Sanidad[393]: 1) 15-19 años, 2) 20-24 años, 3) 25-44 años, 4) 45-64 años y 5) 65 o más años.

La variable *tiempo que ha pasado ingresado*, la generamos restando a la fecha del alta la fecha del ingreso. La codificamos, siguiendo las directrices del Ministerio de Sanidad[393] y del SERGAS[155,285], en: 1) 1 día, 2) 2 días, 3) 3 días, 4) 4 días, 5) de 5 a 10 días, 6) de 11 a 20 días, 7) de 21 a 30 días, 8) de 31 a 90 días (1 a 3 meses), 9) de 91 a 180 días (3 a 6 meses), 10) de 181 a 365 días (6 a 12 meses) y 11) más de 365 días (más de 1 año).

Las respuestas a *tiempo que ha estado en lista de espera* las agrupamos también por cortes de tiempo, siguiendo, igualmente, al Ministerio de Sanidad[393] y al SERGAS[155,285]: 1) 15 días o menos, 2) de 16 a 30 días, 3) de 31 a 90 días (1 a 3 meses), 4) de 91 a 180 días (3 a 6 meses), 5) de 181 a 365 días (6 a 12 meses) y 6) más de 365 días (más de 1 año).

Para codificar la variable *nivel de estudios* en su apartado '6) Otros (especificar)', como no existe una clasificación nacional de nivel de estudios, elegimos la clasificación y codificación utilizada por el Departamento de Estadística de la Comunidad de Madrid[394], sugerida por varios autores[395].

La *ocupación* la codificamos basándonos en la *Clasificación Nacional de Ocupaciones* (CNO) de 1994[396], aprobada según Real Decreto 917 de 6 de mayo de 1994 (BOE 27-5-1994), a nivel del tercer dígito. La CNO-94 está basada en la Clasificación Internacional Normalizada de Ocupaciones de 1988 de la Organización Internacional del Trabajo.

Generamos la variable *clase social* basada en la ocupación, a nivel del tercer dígito de la CNO-94, y en la situación laboral (de empleo) en esa ocupación, siguiendo la clasificación de la Sociedad Española de Epidemiología[397,395]: 1) directivos de la administración pública y de empresas de 10 o más asalariados; profesiones asociadas a titulaciones de 2º y 3º ciclo universitario (clase social I), 2) directivos de empresas de menos de 10 asalariados; profesiones asociadas a titulaciones de 1º ciclo universitario; técnicos y profesionales de apoyo; artistas y deportistas (c.s. II), 3) empleados de tipo administrativo y profesionales de apoyo a la gestión administrativa y financiera; trabajadores de los servicios personales y de seguridad (c.s. IIIa), 4) trabajadores por cuenta propia (c.s. IIIb), 5) supervisores de trabajadores manuales (c.s. IIIc), 6) trabajadores manuales cualificados (c.s. IVa), 7) trabajadores manuales semicualificados (c.s. IVb), 8) trabajadores no cualificados (c.s. V) y 9) otros.

El *lugar de residencia*, que consideramos una variable importante[398,399,400], lo codificamos trabajando en equipo con gente del Instituto Nacional de Estadística y del Instituto Galego de Estatística, y manejando publicaciones suyas[401,402,403,404,405,406]. Conocíamos la clasificación de Miralbés *et al.*[407], que jerarquiza el sistema de asentamientos gallegos en: 1) gran urbano (las siete ciudades grandes), 2) urbano, 3) intermedio y 4) rural. Parecida, por otro lado, a la del INE[408]: 1) rural: menos de 2.000 habitantes, 2) intermedia: de 2.000 a 10.000 habs., 3) urbana: de 10.001 a 70.000 habs. y 4) gran urbe: más de 70.000 habitantes. También, la de Pintos[409], basada en estudios sociológicos gallegos: 1) urbano: los ocho núcleos urbanos (añadió a las siete ciudades, Vilagarcía de Arousa), 2) costa: municipios que linden con el mar y 3) aquellos no incluidos en las dos categorías anteriores. A pesar de todo optamos por elaborar otra nueva que vimos que se adaptaba más a nuestra actual realidad gallega socio-demográfica: 1) rural: de menos de 2.000 habitantes, 2) intermedia: de 2.000 habitantes y más, incluidos pueblos grandes (Arteixo, Carballo, Ribeira, Vilagarcía de Arousa...), 3) urbana: Lugo, Ourense, Pontevedra, Santiago de Compostela y Ferrol, y 4) gran urbe: A Coruña y Vigo.

4.3.2.5. Método de recogida de datos

Los métodos de recogida de datos, para la realización de una encuesta, en términos generales, se pueden clasificar en tres grupos: observación, cuestionario y utilización de fondos documentales[359,410,411].

Los cuestionarios, a su vez, pueden ser administrados de tres formas: entrevista personal, entrevista por teléfono y autoadministrados (por correo o en una oficina, clase, etc.)[412,413,414].

El método escogido suele estar siempre limitado por los recursos existentes, materiales y humanos; en nuestro caso, además, estaba limitado por el amplio número de preguntas del cuestionario.

§ *Encuesta por correo:*

Ventajas: la menos costosa,
respuestas más francas,
buen método para localizar a ciertos grupos.

Desventajas: proporción de respuesta muy baja,
ausencia de respuesta sistemática,
requiere un cuestionario muy elaborado,
la identidad del que contesta no es segura.

§ *Encuesta por teléfono:*

Ventajas: menos costosa que la entrevista,
se controla mejor el sesgo del entrevistador,
mejor proporción de respuesta que el correo,
método muy rápido.

Desventajas: ausencia de respuesta sistemática,
sobrerrepresentación de algunos grupos (>65 años, amas de casa...),
el cuestionario debe ser breve,
el tono de la voz puede inducir un sesgo.

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

§ *Encuesta por entrevista personal:*

Ventajas: obtiene la proporción de respuesta más elevada,
es la que menos riesgo de error sistemático introduce,
permite clarificar y evitar respuestas ambiguas.

Desventajas: es la más costosa,
está sujeta al sesgo del entrevistador,
es más probable obtener respuestas socialmente aceptadas.

Sobre la administración de cuestionarios por entrevista para *captar* lo que opinan los usuarios y elaborar encuestas de salud, hay diversas experiencias[415,416,393,417,418,419,420,421] y se han pronunciado varios autores[422,423].

Las Encuestas de Salud por Entrevista (ESE) a grupos de población, se iniciaron en Gran Bretaña a finales del siglo XIX, concretamente en las ciudades de Londres y York. En este país, en 1912, Bowley fue el primero en seleccionar una muestra para estudiar una población[424].

Pero la primera ESE, metódicamente bien definida y abarcando a una muestra de domicilios, se desarrolló en Hagarstown (Maryland, EE.UU.), durante el período 1921-1924[425,360].

Desde entonces se han llevado a cabo numerosos estudios de este tipo, tanto a nivel nacional como local[426].

Entre las encuestas más clásicas que han constituido la base de gran parte del desarrollo metodológico de este tipo de investigaciones, destacan las encuestas que se desarrollan periódicamente en el Reino Unido y los EE.UU.:

En el Reino Unido, en 1943, en plena Segunda Guerra Mundial, se inició *The survey of sickness* (Encuesta sobre la enfermedad) para valorar las condiciones de vida existentes que hacían prever unos efectos negativos sobre la salud; cada mes se seleccionaban muestras aleatorias de población adulta y eran interrogadas sobre su salud en los dos o tres meses previos a la entrevista; este estudio fue llevado a cabo hasta el año 1952. Desde 1971, se realiza anualmente, asimismo, una encuesta de salud por

entrevista, la cual forma parte de una encuesta general de población denominada *The General Household Survey* (GHS). Durante este tiempo la GHS ha cubierto continuadamente cinco áreas de estudio: población, vivienda, empleo, educación y salud[427,428].

En los EE.UU. el primer estudio nacional sobre el estado de salud data de 1935, es el *National Health Survey*[429]. Entre 1935 y 1956 la estructura de la población norteamericana, los métodos de tratamiento y los sistemas de financiación de la atención sanitaria variaron tanto que los resultados de estos primeros estudios dejaron de ser útiles como fuente de información sanitaria. Así que, desde 1957 hasta la actualidad, se viene realizando la *National Health Interview Survey* (NHIS), que se desarrolla sobre una muestra de la población a nivel nacional, por entrevista en los hogares seleccionados. Se recoge información sobre las características demográficas y personales, enfermedades y accidentes, incapacidades, utilización de los servicios sanitarios y otros temas relacionados con la salud. El cuestionario se revisa cada año[430,431].

En Canadá, país con larga experiencia en el campo de la salud pública, se han realizado diversas encuestas de salud, entre las que destacan la *Canada Health Survey* o *Enquête Santé Canada* (1978-1979), encuesta realizada por entrevista y con exploración clínica; y la *Enquête Santé Québec* (1987), que da continuidad, a nivel de Québec, a la encuesta mencionada anteriormente, y que recoge información sobre los determinantes de la salud, el estado de salud y sus consecuencias[432,433].

Hablando de la *adecuación* y *aceptabilidad* de los servicios, la OMS dice: "La solución ha de ser adecuada a la necesidad y estar en armonía con las necesidades globales de la población, incluidos todos los grupos que se trata de atender. La solución para un grupo no debe ser a expensas de otros grupos. Así, la solución dentro de un sistema de asistencia sanitaria deberá ser y parecer adecuada y equitativa, en el sentido de resultar aceptable para todas las personas. Los criterios para determinar la adecuación y aceptabilidad son la equidad distributiva y la justicia social; ambas son en gran parte juicios de valor y entrañan decisiones políticas, pero el planificador debe tenerlas en cuenta al equilibrar los componentes de un sistema de asistencia sanitaria.

Un método práctico de evaluar la extensión de la equidad distributiva y de la justicia social entre los grupos de población puede encontrarse en la técnica de encuesta"[434].

"Entre los estudios más significativos debe destacarse también el desarrollado por la OMS en los años 1968-69 en diecisiete áreas geográficas distintas correspondientes a siete países. Esta encuesta incluyó un total de 48.000 entrevistas. Los resultados de este estudio han contribuido a documentar la observación de que el uso de los servicios sanitarios por parte de la población es un hecho que no depende de manera lineal de la morbilidad, sino que en gran medida se encuentra influido por la organización de los propios servicios sanitarios y por la manera como distribuyen los recursos"[358].

Diez años después la OMS vuelve a repetir el esfuerzo de búsqueda, bajo la forma de lo que se ha dado en llamar 'investigación de servicios de salud' (*health services research*), en ocho países de los cinco continentes[435]. Sin duda alguna, el potencial que estos proyectos de investigación tienen como agentes de cambio y como respuesta a una necesidad en los Sistemas de Salud es extraordinario, de tal forma que se les reconoce como una de las herramientas esenciales para la reorientación de los sistemas. Son el impulso de búsqueda de 'otras formas de hacer'[436].

"Los objetivos fundamentales de las encuestas de salud por entrevista son los siguientes: determinar el nivel de salud de la población, medir la proporción de población discapacitada o funcionalmente disminuida, contribuir a la investigación de factores de riesgo de diversas enfermedades, esencialmente crónicas, y determinar el uso de los distintos servicios sanitarios y necesidad percibida por la población de atención sanitaria. Últimamente, se ha añadido un nuevo e importante objetivo, que es la posibilidad de utilizar los datos obtenidos en esas encuestas como precursores de mortalidad futura en distintos grupos de población.

La aplicación de estas técnicas, con una mayor amplitud, corresponde al U.S. National Health Survey, que se realiza desde 1961, y al amplio estudio del 'International Collaborative Study of Health Care', que comprende siete países. Recientemente, estas técnicas se han aplicado en el estudio acerca del nivel de salud de la población de Barcelona.

Asimismo, se ha observado que no son útiles estas encuestas para estudiar la prevalencia o incidencia de enfermedades determinadas y que los factores socioculturales pesan enormemente en su validez, así como se ha constatado la utilidad de incluir cuestionarios con una lista de situaciones o condiciones de enfermedad precisadas"[437].

"Las encuestas de salud por entrevista (ESE) suponen una fuente de información periódica útil para la vigilancia de la salud percibida, la utilización de los servicios sanitarios y diversos hábitos, actitudes y conocimientos relacionados con la salud por parte de la población. En general, las ESE son una excelente fuente de datos para el análisis de la influencia de la clase social y el nivel socioeconómico en la salud y en el acceso y la utilización de los servicios sanitarios. Su particularidad más importante es proporcionar la perspectiva poblacional a la hora de evaluar los servicios sanitarios"[395].

Como ya hemos dicho en el parágrafo 4.2.2.3., programamos la entrevista a los usuarios 'al alta'. En la mañana que eran dados de alta, después de que ésta se les hubiese comunicado y antes de marcharse, serían entrevistados por los encuestadores, sin avisarlos previamente de que se les iba a pasar un cuestionario.

Determinados autores, sobre todo del campo de la gestión sanitaria, son partidarios de hacer las entrevistas un mes o más tiempo después de la hospitalización, para no coger al usuario *en caliente*[438]. Sin embargo, otros autores[439], sobre todo del campo de la evaluación de productos sanitarios, son partidarios de hacerlas lo más pronto posible para evitar el *sesgo de memoria*, y es en este segundo grupo en el que nosotros nos hemos basado para hacer nuestro estudio: "Algunos de los problemas más importantes de las encuestas de salud por entrevista surgen por el hecho de que la información es recogida a través de una entrevista sobre lo que el entrevistado cree o recuerda"[358]. Ya hemos hablado en el parágrafo sobre la fiabilidad (4.3.2.2.) del *período de recogida* de las preguntas. Por otro lado, a la larga, se olvidan las cosas, pero sobre todo las negativas; si se le pregunta a los usuarios más de un mes después de su hospitalización por ella, recordarán sobre todo si los curaron o no y es en eso en lo que se van a basar para dar sus respuestas, cosa que no nos interesa a las personas

que lo que pretendemos es saber cuáles son los factores que influyen en la satisfacción o insatisfacción durante el período de hospitalización; y tampoco nos interesa lo que les satisfacía o no a los acompañantes, sino a los enfermos, para los acompañantes ya hay preguntas específicas u otros cuestionarios.

4.3.2.6. Encuestadores

Los encuestadores pueden distorsionar los datos de muy diversas formas; las más frecuentes suelen ser: incorrecta formulación de las preguntas, empleo de conceptos erróneos e interpretación de las respuestas de los encuestados.

Por eso es importante que las personas que van a pasar los cuestionarios estén debidamente adiestradas para ello, y que se tenga en cuenta:

1º.- La elección de los encuestadores.

2º.- Su formación (es esencial para la validez de los datos recogidos):

* Asegurarse de que el protocolo sea estrictamente respetado,

* Reducir los *errores aleatorios* o accidentales (debidos a despistes involuntarios) y los *sesgos* o *errores sistemáticos* (debidos a la forma en que se obtuvo la información). Los posibles errores deben prevenirse porque comprometen la validez de los resultados para el propio estudio (*validez interna*) y la posibilidad de extrapolar las conclusiones a otros sujetos y/o situaciones (*validez externa*).

Para ello deben recibir formación: específica de la encuesta y sobre técnicas de entrevista.

3º.- Su control:

* Exigir que los encuestadores tengan contactos frecuentes con sus jefes de campo.

* Vigilar su comportamiento sobre el terreno.

* Recompensar el buen rendimiento.

Cuatro personas, estudiantes de Ciencias de la Información, en prácticas en el Complejo Hospitalario Juan Canalejo, debidamente *entrenadas* y rigurosamente identificadas en todo momento ante los usuarios, hicieron las entrevistas[440,441].

Mantuvimos con ellas dos reuniones antes de que empezasen a pasar cuestionarios. En la primera les entregamos los cuestionarios y las explicaciones que habíamos elaborado y escrito (véase Anexo I); leímos y comentamos cada una de las preguntas del cuestionario, les explicamos la metodología de las entrevistas y aclaramos todas las dudas que les surgieron. En la segunda fuimos viendo conjuntamente los problemas surgidos de la lectura personal y minuciosa del material entregado, y solucionándolos.

En la primera mitad de las entrevistas del pretest les acompañó una persona, la llamada *entrevistadora de referencia*, (que tenía experiencia en el manejo del cuestionario, al haber hecho ya entrevistas con él), para comprobar cuáles eran sus pautas de trabajo (cómo realizaban la presentación del cuestionario, cómo se ceñían al texto escrito, habilidad para preguntar y responder, si era necesario, a los usuarios, afabilidad, etc.), sin intervenir, y, posteriormente, aclarar y rectificar lo que fuese necesario. Después hicimos una reunión conjunta para que los fallos cometidos por algún entrevistador, no fuesen repetidos por los demás, y para comentar las posibles correcciones del cuestionario y el modo de cubrirlo, unificando así criterios.

Aunque determinados procesos generalmente son de tipo no-lógico, y durante el contacto con el enfermo se pueden producir reacciones inesperadas e inevitables, a estos procesos se les debe exigir el mayor grado posible de racionalidad[442].

Retribuimos económicamente la actividad realizada por los encuestadores[443].

4.3.2.7. Encuesta piloto

Según diversos autores, los aspectos más prácticos a la hora de escoger una medida de algún aspecto de la salud para un trabajo son: longitud del cuestionario o carga de respuesta, método de administración y características específicas de la población en estudio[291].

Así que antes de iniciar la recogida de los datos consideramos necesario someter a una *prueba previa* el cuestionario que se iba a emplear para el trabajo, con la intención de que esta *encuesta piloto* o *pretest* nos proporcionase una idea de la

idoneidad del medio de recogida de datos. Queríamos validar la reproductibilidad del cuestionario para readaptarlo, si fuese necesario, a la muestra poblacional.

El objetivo principal de la encuesta piloto es determinar si las preguntas están bien formuladas (si las palabras escogidas son las adecuadas), si hay problemas de definición para la inclusión o exclusión de ciertas características y si el cuestionario está bien diseñado, de manera que se pueda completar sin problemas y permita una fácil utilización por parte del entrevistador, y también durante el procesamiento de los datos. También sirve para conocer si el cuestionario es demasiado largo o complejo, si las codificaciones previstas son las mejores en vista de la frecuencia de las respuestas obtenidas o si el estudio se va a poder llevar a cabo en los límites de presupuesto, de personal y de tiempo previstos[158].

Elegimos aleatoriamente 50 usuarios, entre la población objeto del estudio, para ser entrevistados.

Los encuestadores anotaron todas las dificultades y sugerencias aportadas tanto por los usuarios como por ellos mismos.

Con estas contribuciones, reelaboramos el cuestionario e hicimos el definitivo.

4.3.3. Tratamiento informático

En la definición de variables y en el diseño del cuestionario tuvimos en cuenta la posterior codificación, para facilitarla y prevenir los posibles *errores de proceso*[444].

Una vez cubiertos los cuestionarios, introdujimos los datos en una base de formato '.DBF' (cuya estructura puede verse en el Anexo II), mediante el programa gestor de bases de datos *dBaseIII Plus*[445], estableciendo unos límites en el programa, a modo de *filtro*, para impedir la introducción en el fichero de datos erróneos.

Posteriormente los exportamos a un fichero de formato ASCII ('.DAT'), para poder tratarlos con el paquete estadístico *SPSS*. Con su *versión 5.0* les asignamos etiquetas descriptivas a las variables y a los valores de las variables, llevamos a cabo la depuración de los datos (estableciendo un rango para cada una de las variables), generamos variables nuevas a partir de los datos de los cuestionarios, e hicimos el

análisis estadístico univariante y bivariante (ver Anexo II). El análisis estadístico multivariante lo realizamos con el *SPSS Windows 6.1.2*[446], aunque llevamos a cabo también un primer análisis multivariante con el SPSS 5.0 (ver Anexo II).

Cuando observábamos algún fallo o anomalía en alguno de los cuestionarios, no lo procesábamos; lo comentábamos con el encuestador que lo había cubierto para que lo revisara y aclarara.

El tratamiento del texto lo realizamos con el procesador de textos *WordPerfect 5.1*[447], y los gráficos con el programa de gráficos *Harvard Graphics 2.3*[448].

4.3.4. Tratamiento estadístico

Como dice Colton: "No es necesario ser un experto en teoría matemática para poder utilizar los métodos estadísticos en forma efectiva. Basta con saber la metodología, los presupuestos básicos para poder utilizar estas técnicas, y lo más importante, saber interpretar adecuadamente los resultados. Por ejemplo, en relación con el manejo del automóvil no es necesario saber mucho sobre los motores de combustión interna y cómo funcionan para poder conducir un coche. En este sentido basta con lograr diversas habilidades operacionales conjuntamente con un conocimiento de las reglas del tránsito para poder manejar un automóvil con seguridad y eficiencia en la mayoría de los terrenos"[322]. A pesar de todo, hemos contado con la inestimable ayuda de una bioestadística y, gracias a ella, el barco llegó a buen puerto.

Para realizar los cálculos de las estimaciones de los parámetros poblacionales (a partir de los estadísticos muestrales), hemos realizado dos asunciones:

1ª: que la muestra provenía de una población objetivo infinita, cuando en realidad su tamaño era de 28.902 sujetos; con esta asunción se obtienen unos parámetros poblacionales menos precisos de los reales (de los que se obtendrían si se tuviese en cuenta que la población origen es finita);

2ª: que el muestreo era aleatorio simple, cuando en realidad era aleatorio estratificado, con extracción proporcional al tamaño del estrato; con esta asunción también se obtienen unos parámetros menos precisos que los reales.

Así que tendríamos que haber utilizado el *factor de corrección para poblaciones finitas*, que es[449]:

$$1 - (n / N)$$

En el que:

n = Número de individuos necesarios para realizar el estudio.

N = Número total de individuos de la población objeto del estudio.

En nuestro caso:

$$1 - (600 / 28.902) = 0,9792$$

Pero es tan cercano a 1 que prácticamente no habría modificado las estimaciones realizadas.

4.3.4.1. Análisis univariante

La Estadística ha establecido una serie de medidas o índices con el objeto de describir distribuciones de datos[318,322].

Para sintetizar una distribución de valores numéricos (variables cuantitativas), es necesario dar, como mínimo, los dos índices que representan los aspectos fundamentales: su *tendencia central* y su *dispersión*; y es conveniente dar también el índice que representa su *forma*.

Las proporciones y los porcentajes son los índices estadísticos que caracterizan la distribución de valores de una variable cualitativa; son *medidas de frecuencia* de un suceso. Una proporción es, bajo determinados supuestos, la estimación de una *probabilidad*[450].

Hemos elaborado tablas de frecuencias y proporciones para cada variable mediante el procedimiento *Frecuencies* del paquete estadístico *SPSS*, que además nos proporcionó, para las variables cuantitativas, otros índices estadísticos.

Cuando calculamos la media de edad de los sujetos, tuvimos en cuenta que partíamos de los *años cumplidos*. La edad del último cumpleaños no es una variable continua sino discreta, y realmente los sujetos que tienen, por ejemplo, 40 años, en realidad tienen edades comprendidas entre los 40 y los 41 años; por lo que para obtener una media exacta de la edad es necesario sumarle 0,5 años a la cifra obtenida (la media

se calcula mediante los valores centrales de cada edad), por medio del paquete estadístico, (en nuestro ejemplo: 40,5 años), y ese es el valor que utilizamos para el cálculo de índices estadísticos[451].

Para determinadas variables, consideramos de interés estimar su proporción en la *población origen de la muestra*, para ello calculamos los límites de los intervalos de confianza (IC) que nos proporcionan más información que la simple estimación puntual[452], ya que nos permiten evaluar mejor con qué precisión ha sido estimado el parámetro poblacional[453]. Hemos hallado estos IC con un 95% de confianza mediante el programa CIA.

Elaboramos, siguiendo a otros autores[275,371], unos *índices de satisfacción*, para las variables que nos interesaba estudiar, basados en una media ponderada a partir de una escala acumulativa de las respuestas dadas a estas preguntas, no como los índices de las escalas tipo Likert, donde se puntúan las respuestas favorables de forma positiva y las desfavorables de forma negativa, sino como los de las escalas tipo Thurstone, donde se da a cada una de las respuestas posibles un valor que va desde *1* para la opción más desfavorable hasta *5* para la opción más favorable; obteniéndose así una escala, cuyos límites teóricos son estas dos cifras, de *1*=insatisfacción total a *5*=satisfacción total.

4.3.4.2. Análisis bivariante

Según la naturaleza *cualitativa* o *cuantitativa* de las variables que se relacionan obtendremos tres tipos de modelos[454]:

1) relación entre dos variables cualitativas;

2) relación entre una variable cualitativa y una cuantitativa;

3) relación entre dos variables cuantitativas.

En nuestro estudio tenemos sobre todo modelos *1*, con menos frecuencia *2* y, menos aún, *3*.

El modelo *1* da origen a una *tabla de contingencia* que se analiza mediante comparación de proporciones, con pruebas de χ^2; el *2* da origen a una tabla que se analiza comparando las medias, mediante análisis de la varianza; finalmente, el *3* da origen a una tabla o gráfico que compara las medias sobre un *diagrama de dispersión*

y se analiza mediante la regresión y la correlación. Así vemos si los modelos obtenidos son *de dependencia* o *de independencia*, para ello basta comprobar si los porcentajes o las medias de respuesta de la variable dependiente son diferentes o no para distintos valores de la variable independiente[455].

Mediante el procedimiento *Crosstabs* del paquete estadístico *SPSS*, hemos construido tablas de contingencia para todas las variables, utilizándolas como variables predictoras, excepto la variable *satisfacción de los usuarios*, que hemos tratado como variable predecida. Estas tablas representan la distribución conjunta de dos variables cualitativas.

También analiza, el *Crosstabs*, la relación entre las dos variables con la prueba de independencia de χ^2, que se aplica a los *efectivos* de las diversas categorías y nunca a las proporciones o porcentajes. Sólo puede utilizarse el χ^2 si todos los efectivos *calculados* son suficientemente grandes: deben ser ≥ 5. Si las muestras son pequeñas, hay que hacer la *corrección de Yates*; no era nuestro caso, no tuvimos muestras tan pequeñas; de todos modos, es una corrección conservadora, sólo se aplica cuando el valor χ^2 corregido resulta inferior al valor χ^2 sin corregir.

La medida de la intensidad de la relación (el grado de asociación) entre dos variables cualitativas no se mide con el valor χ^2, porque éste aumenta con el número total de casos, y un valor grande *no* indica una relación fuerte, sino una verosimilitud muy grande de que la relación exista[321]. Una medida clásica, en tablas de 2x2, es el *coeficiente Phi (coeficiente Φ)*, que toma valores comprendidos entre 0 y 1. En tablas de variables cualitativas con varias categorías, como las de nuestro estudio, se utiliza el *coeficiente V de Cramer*, que, igualmente, toma valores entre 0 y 1. En tablas de 2x2 ambos coeficientes tienen, lógicamente, el mismo valor[456]. Utilizamos este índice de asociación junto con otro: coeficiente de contingencia *C* de Pearson; ambos los calcula el *Crosstabs*.

No obstante, para estudiar relaciones entre dos o más variables y analizar tablas de contingencia de forma rigurosa, deben utilizarse las técnicas de análisis multivariante.

4.3.4.3. Análisis multivariante

El análisis estadístico multivariante ofrece un conjunto de métodos apropiados para contestar preguntas en un contexto de complejidad, o sea, cuando estas preguntas tienen en común que su respuesta ha de basarse en el análisis conjunto de muchas variables que interaccionan[457]. Además, la estadística multivariante controla las variables *de confusión* y las variables que producen *modificación del efecto*. No son métodos exclusivos de las ciencias biomédicas o de la administración y gestión sanitaria, pero su utilidad en estos ámbitos es muy grande.

En nuestro estudio, como en cualquier otro, tenemos los datos de *v* variables referidas a *n* individuos en una matriz que es, por lo tanto, del tipo de individuos por variables, con *n* columnas y *v* filas. Al elemento genérico se le llama X_{ij}, que es el dato concreto de la variable *j* para el individuo *i-ésimo*.

Consideremos la información contenida en nuestra matriz de individuos por variables: cada individuo tiene unas características, dadas por la fila que le corresponde. Los *v* datos del individuo *i* configuran un vector: $X_i = X_{i1} \times X_{i2} \times \ldots \times X_{iv}$, que puede representarse como un punto en el espacio de las variables. Los *n* individuos forman una nube de *n* puntos.

Un conjunto de individuos y, por consiguiente, la nube de puntos que forman, se caracteriza por su centro de gravedad y por su inercia.

El centro de gravedad, llamado habitualmente punto $\overline{X}$, es el vector de las medias. Es el punto que señala la posición central de la nube, caracterizando al *individuo promedio* con respecto a las *v* variables.

La inercia de una nube de puntos es una medida sintética de dispersión. Se define como la suma, para todos los puntos, del producto de sus masas por los cuadrados de sus distancias al centro de gravedad:

$$\text{Inercia} = \sum_{i=1}^{n} w_i \times d^2 (X_i, X)$$

Estamos hablando de que las *n* columnas de la matriz de datos forman una nube de *n* puntos-individuo en el espacio v-dimensional de las variables, pero también existe una representación alternativa de los datos, que también contiene toda la información

de la matriz original, consistente en considerar a las variables como una nube de *v* puntos en el espacio n-dimensional definido por los individuos. La mayor parte de los métodos multivariantes trabajan con la primera representación; sin embargo, algunos métodos, como es el caso del que aplicamos nosotros, el análisis de componentes principales, pueden aplicarse también a la segunda.

Hay varios métodos de análisis multivariante. En principio se utilizaba una técnica u otra en función del *número de variables* (una o varias) presentes en la matriz de datos, tanto del grupo de las variables explicativas (predictoras) como de las explicadas (criterios), y en función, también, de la *naturaleza cuantitativa* o *cualitativa* de dichas variables. En este momento, en el que los paquetes estadísticos son potentes y las pruebas robustas, una primera diferenciación entre los métodos a utilizar, se suele basar en los objetivos que se persiguen con el análisis. Nosotros utilizamos dos métodos, teniendo en cuenta los objetivos que queríamos conseguir y las variables de nuestro estudio[458]:

4.3.4.3.1. Simplificación estructural

Tratamos de describir la información original de forma sintética o resumida. Buscamos la simplicidad, intentando reducir la complejidad del problema. El método consiste en condensar las *'v_o'* variables originales en un número menor de variables nuevas *'v_n'*, creadas por el propio análisis, que contienen sin embargo gran parte de la información original. A este tipo de objetivo y de método se les denomina *reducción de la dimensión* ya que los datos originales se expresan en un espacio de dimensión *'v_o'*, mientras que, como resultado del análisis, después podemos expresarlos en otro espacio *'v_n'* de menor dimensión. Las nuevas variables creadas por el análisis se denominan *ejes*, *factores* o *componentes*; son variables sintéticas que están en función de las *'v_o'* variables originales.

Para lograr esta reducción de datos utilizamos el ***análisis factorial***, concretamente un tipo de análisis factorial denominado ***análisis de componentes principales*** **(ACP)**.

Es una técnica descriptiva.

Los fundamentos matemáticos de los métodos factoriales se basan en esta proyección de los *n* puntos-individuo sobre los ejes, que son las variables. Su objetivo es (después volveremos sobre él) condensar la información de todas las variables v_o en otras variables sintéticas v_n, que son función de las anteriores y, gráficamente, ejes nuevos, ortogonales entre sí y *resumen* de los anteriores, sobre los que se proyectan otra vez los *n* puntos-individuo. Así que se trata de buscar los ejes que tengan un contenido máximo de información, o sea, los que posean la inercia máxima, los que maximicen la varianza de la proyección de la nube de puntos sobre cada uno de ellos[459].

Cada variable nueva es el valor de la coordenada de la proyección de su punto sobre el nuevo eje.

Así, tenemos:

- el eje de proyección *Z*, definido por el vector unitario *U*,

- el punto genérico X_i, que contiene las coordenadas de las variables originales v_o del individuo i-ésimo, definidas en la fila i-ésima de la matriz de datos,

- la proyección de X_i sobre el eje *Z*, que es la coordenada Z_i del punto en dicho eje,

y el valor de esta coordenada sería: $Z_i = X'_i \times U$, pero como hay *v* variables:

$$Z_i = X'_i \times U = (U_1 \times X_{i1}) + (U_2 \times X_{i2}) + \ldots + (U_v \times X_{iv}) = {}_{j=1}{}^{v}\Sigma\ (U_j \times X_{ij})$$

Matemáticamente, hay que proyectar el conjunto de individuos sobre el conjunto de variables.

Para que el análisis factorial tenga sentido deben cumplirse dos condiciones básicas: *parsimonia* e *interpretabilidad*[460]. Según el *principio de parsimonia* los fenómenos deben explicarse con el menor número de elementos posibles. Por lo tanto, el número de factores debe ser lo más reducido posible y éstos deben ser susceptibles de interpretación sustantiva. Una buena solución factorial es aquella que es sencilla e interpretable.

Como hemos visto antes, el objetivo del análisis de componentes principales (ACP) es condensar, a partir de una matriz de datos de individuos por variables, la información de estas v_o variables en v_n nuevas variables sintéticas llamadas componentes o factores, ortogonales entre sí. Cada uno de estos factores es una función lineal de las v_o variables originales, siendo su coeficiente el ángulo de rotación. Lo que se hace es condensar la matriz de correlaciones entre las variables en unos *componentes principales* de la variabilidad total.

Esta reducción o simplificación de la dimensión responde a distintos propósitos[458]:

a) *Describir sintéticamente* grandes masas de datos. Se trata de hacerlos más inteligibles, para poder comprender la estructura y las interrelaciones existentes en el fenómeno que se estudia.

b) *Obtener índices sintéticos* de un fenómeno que se ha medido a través de múltiples facetas, características o indicadores parciales. Los factores son las dimensiones subyacentes que se identifican y *nombran*, es decir, revelan un significado interpretable en términos de índice sintético.

c) Utilizar las coordenadas de los individuos en los pocos-factores, en vez de las muchas-variables originales como *datos de entrada* para aplicar otro método multivariante. Que también lo hemos hecho nosotros, como análisis previo al análisis de correlaciones canónicas.

El primer factor que obtenemos es la variable sintética o mezcla de variables originales que resume mejor la información que contienen, que contribuye mejor a explicar la varianza total; es el vector unitario U_1 que hace máxima la inercia de la nube de puntos proyectada sobre el eje definido por este vector; este eje es el primer factor principal. Después buscamos el segundo factor, que es el que aporta un máximo de la varianza residual resultante, siendo independiente del primero, o sea, el eje definido por el vector unitario U_2, ortogonal con U_1, que maximice la inercia de la nube proyectada sobre él, no *condensada* por el primer componente. Y así consecutivamente.

Si retenemos todos los factores, obtenemos una matriz que contiene toda la información (inercia) de la matriz de datos originales. Pero nuestro objetivo consiste

precisamente en reducir la dimensión del problema, así que tenemos que retener solamente los primeros factores, excluyendo los restantes.

Si la matriz de datos originales no presentara redundancia, es decir, si las v_o variables originales no estuvieran relacionadas entre sí, cada factor *explicaría* exactamente la misma cantidad de inercia que cada variable; en este caso sería imposible reducir de forma efectiva la dimensión del problema, ya que la información contenida en cada variable sería *pura*, independiente de las demás. Sin embargo, generalmente las variables originales presentan correlaciones, de forma que los valores propios de los factores aparecen ordenados en sentido decreciente. Los factores *explican* entonces distintos porcentajes de inercia, de forma que, reteniendo los primeros, se consiguen dos objetivos:

a) se conserva gran parte de la inercia total de la nube;

b) conociendo la matriz de coordenadas de los individuos en los factores retenidos, se puede reproducir de forma aproximada la matriz de correlaciones original, es decir, la información de partida del problema.

En la decisión sobre cuántos factores deben retenerse hay que equilibrar dos fuerzas contrapuestas: por una parte, cuantos más componentes retengamos, mejor será la calidad global de la representación, en el sentido de que condensamos un porcentaje mayor de inercia; pero por otra parte, si retenemos muchos componentes, apenas simplificamos la dimensión del problema, que es precisamente el objetivo del análisis. Una norma de actuación bastante extendida consiste en retener los factores cuyo valor propio sea mayor que la unidad (*criterio o regla de Kaiser*, enunciada por él en 1960), ya que cada uno de éstos condensa más inercia que la contenida en una variable original; ésta es, además, la opción que realiza, por omisión, el programa SPSS.

También hemos dicho que otro de los propósitos del ACP consiste en poder *poner nombre* a los factores, interpretar su significado en el contexto del problema que se analiza, y para poder interpretarlo debemos conocer cuál es la correlación entre ellos y las variables originales.

En el caso de variables no correlacionadas, como ya dijimos, cada factor coincide con una variable, tiene correlación 1 con ella y 0 con las demás. Sin embargo,

generalmente, en la práctica encontramos que cada factor es una función lineal de todas la variables, con diferentes pesos. Cada factor suele estar muy correlacionado con alguna o algunas variables y menos con las demás, de forma que podemos atribuirle un significado si conocemos esas correlaciones.

Como los factores no rotados son siempre difíciles de interpretar, se suelen rotar para hacerlos más interpretables. El objetivo de la rotación factorial consiste en obtener una nueva matriz que sea más fácilmente interpretable. Una forma de conseguirlo es intentando aproximarla al *principio de la estructura simple*, según el cual la matriz factorial debe reunir las siguientes características[460]:

1) cada factor debe tener unos pocos pesos altos y los otros próximos a cero;

2) cada variable no debe estar saturada más que en un factor;

3) no deben existir factores con la misma distribución, es decir, dos factores distintos deben presentar distribuciones diferentes de cargas altas y bajas.

Estos tres requisitos generalmente no se logran en la práctica; así que de lo que se trata es de optimizar una solución próxima a la exigida por ese principio.

Así pues, la rotación factorial pretende seleccionar la solución más sencilla e interpretable. Si la rotación es *ortogonal*, los componentes rotados siguen estando incorrelacionados entre sí. No ocurre lo mismo en la rotación *oblicua*[461].

Nosotros hemos trabajado con las soluciones rotadas para mejorar la interpretación de los resultados, utilizando el método de rotación ortogonal *Varimax*.

El objetivo de la rotación *varimax* es simplificar las filas de la matriz de factores, o sea, simplificar los factores o componentes en el sentido de conseguir que cada uno de ellos rotado tenga unas cargas factoriales (pesos, ponderaciones, o saturaciones; correlaciones cuando los componentes no están correlacionados entre sí, cuando son ortogonales) altas con sólo unas pocas variables; las demás variables deben tener correlaciones próximas a cero con ese factor.

Para evitar que los factores con sumas de cargas factoriales altas tengan más peso, se aplica la llamada *normalización de Kaiser* (el programa SPSS la hace por omisión).

Los valores propios lambda (λ) ofrecen un índice de la varianza de la variable explicada por cada factor. Las cargas factoriales de la matriz factorial pueden tener como máximo el valor uno; en este caso, la variabilidad de la variable quedaría totalmente explicada por el factor. Por lo tanto, el valor más alto que puede obtenerse en el valor propio de un factor es igual al número de variables.

Comunalidades: ¿Hasta que punto los factores retenidos *explican* bien, en conjunto, la variabilidad de cada una de las variables originales?

La comunalidad de una variable es la proporción de su varianza que resulta condensada por la solución factorial de todos los factores. Se obtiene sumando los valores al cuadrado de la fila que le corresponde (a esa variable) en la matriz de factores. La comunalidad oscila entre 0 y 1: el 0 indica que los factores comunes no explican nada de la variabilidad de una variable, y el 1 indica que la variable queda totalmente explicada por ellos.

Para hacer una aproximación a la bondad de ajuste del modelo partimos de uno de los supuestos del análisis factorial, que es que la correlación observada entre las variables se debe al hecho de que comparten factores comunes; en base a esto, se pueden utilizar las correlaciones entre los factores y las variables para estimar las intercorrelaciones entre las variables. Existe siempre una diferencia entre la correlación observada y la estimada a partir del modelo, a esta diferencia se le denomina *residual*. Las magnitudes de los residuales indican lo bien que se ajusta el modelo a los datos. Hay que observar qué porcentaje de residuales superiores a 0,05 tenemos en nuestros datos. Aunque la valoración de estos resultados es difícil de interpretar, puesto que no existen indicaciones claras sobre el porcentaje máximo permitido de residuales superiores a 0,05 para considerar que el modelo se ajusta a los datos[460].

4.3.4.3.2. Análisis de interdependencia

Buscamos o analizamos la interdependencia entre grupos de variables, sin que *a priori* supusiésemos relación de causalidad unidireccional entre ellas.

Para conseguir esto usamos el ***análisis discriminante***, concretamente un tipo de análisis discriminante llamado ***análisis de correlaciones canónicas*** (o ***análisis canónico***), que es una generalización del análisis de correlación bivariante. Aunque hay autores que mantienen que la **correlación canónica** es una forma tan especial de análisis discriminante que realmente se puede considerar a parte del discriminante, como un método independiente.

Es una técnica inferencial.

Genéricamente, el análisis discriminante se refiere a la situación siguiente: hay dos o más grupos de individuos, conocemos los valores de v variables para cada uno de los individuos, y el objetivo que perseguimos consiste en:

a) *Explicar* la pertenencia a uno u otro grupo en función de dichas variables, cuantificando la importancia relativa de cada una de ellas.

b) *Predecir* a qué grupo pertenece un individuo que no forma parte de los datos analizados, y del cual conocemos el valor de las v variables, pero no sabemos a qué grupo pertenece.

La aplicación básica del análisis discriminante se refiere a observaciones individuales en un momento o período de tiempo, y muy raramente se hace con observaciones temporales; con lo cual, estos estudios suelen corresponder a datos transversales, es decir, estáticos, donde el tiempo no aparece explícitamente.

Como ya hemos dicho, el análisis discriminante se trata de un método explicativo y predictivo, y lo que explica y predice es una característica cualitativa. Sin embargo podemos diferenciar dos enfoques: el *análisis factorial discriminante*, que pertenece al grupo de métodos que inciden, sobre todo, en la *explicación*, mientras que el *método de las funciones discriminantes canónicas* pone énfasis en la *predicción* óptima del grupo al que pertenece cada individuo. El método factorial discriminante no necesita

necesariamente un entorno de inferencia, puede aplicarse a toda la población. Por el contrario, las funciones discriminantes canónicas llevan en su propia esencia un problema de inferencia estadística.

El análisis de correlación canónica tiene como objeto descubrir la existencia de relaciones entre dos conjuntos de variables o entre un conjunto de variables y una variable (como era nuestro caso). Se supone que hay tantas poblaciones como grupos en la/s variable/s (predecida/s), diferenciadas respecto a las v variables (predictoras), y que los datos que analizamos son muestras extraídas de dichas poblaciones. El objetivo consiste en hacer una asignación óptima de cada individuo a una de dichas poblaciones. No interesa tanto conocer las dimensiones que diferencian a los grupos (poblaciones), ni cuantificar la importancia de las diferentes variables, como predecir a qué grupo pertenecen nuevos individuos que están fuera de la muestra.

Pueden existir criterios metodológicos que nos permitan asignar a un conjunto de variables o variable el papel de variables dependiente/s y al otro conjunto el de independientes, éste será un aspecto a tener en cuenta en el momento de interpretar los resultados, pero no repercute en el desarrollo del análisis, que, de por sí, es simétrico[462].

Así pues, nos interesa conocer la precisión de las predicciones, y medimos la capacidad predictiva mediante el porcentaje de casos de la muestra correctamente asignados. Conviene, sin embargo, comparar este porcentaje con el que se obtendría en promedio por efecto del azar. En nuestro caso, tenemos tres grupos (dentro de la satisfacción), con probabilidades idénticas *a priori*, así que, cuando quisiésemos asignar un sujeto a uno de los tres grupos, *acertaríamos* en el 33,33% de los casos al decidir a qué grupo pertenece.

No debemos confundir el coeficiente de las variables canónicas con la ponderación. Las ponderaciones (coeficientes estandarizados de la función discriminante canónica) son las correlaciones entre las variables originales y las variables canónicas;

estas correlaciones son análogas a las ponderaciones factoriales no rotadas del análisis factorial, nos indican las variables con mayor peso en la función discriminante.

Al tener muchas variables candidatas (en nuestro caso, los factores obtenidos en el análisis factorial) a entrar en la explicación de las diferencias entre grupos, se utilizan procedimientos iterativos de selección de variables.

Se elige un *criterio* para comparar la bondad del ajuste, o poder discriminante, de modelos que contengan diferentes variables explicativas. Los dos criterios más usuales son los siguientes: la lambda de Wilks y la distancia de Mahalanobis.

Nosotros hemos utilizado la lambda de Wilks, que es el cociente entre el determinante de la matriz de variación (productos cruzados) dentro de los grupos y el determinante de la matriz de variación total. Si es igual a uno, la variación dentro de los grupos y la total coinciden, lo cual es síntoma de que los grupos son idénticos con respecto a esa variable; no es, pues, una buena candidata para entrar en la función discriminante. Si por el contrario toma un valor muy pequeño, próximo a cero, la variable en cuestión separa muy bien a los grupos, en el sentido de que las medias de los grupos están muy distantes, mientras que la variación interna en el seno de los mismos es muy pequeña.

Si hay más de una variable discriminante, la lambda de Wilks es también una medida de proximidad multivariante de los grupos, oscilando igualmente entre cero y uno.

Los procedimientos iterativos *(stepwise)* de selección automática de variables son tres: el de inclusión *(forward entry)*, el de exclusión *(backward elimination)* y el mixto de inclusión-exclusión *(stepwise selection)*.

Hemos utilizado el mixto, que, en cada etapa, evalúa tanto la posibilidad de incluir una nueva variable como de excluir alguna de las variables presentes, de acuerdo con los criterios prefijados (basados, en nuestro caso, en la lambda de Wilks). La inclusión-exclusión de las variables la realizó el programa estadístico, en función de los criterios prefijados por nosotros.

5. RESULTADOS

5.1. Proporción de respuesta

De los 800 cuestionarios en los que fijamos el volumen muestral definitivo, para paliar las no respuestas, conseguimos 682 entrevistas personales al alta, lo que representa un 85,3% del total. Solamente un anciano se negó a contestar (no respuesta por rechazo)[463,464], aduciendo: "¿Y al hospital qué le importa cómo me siento yo?". Los 117 usuarios restantes se habían marchado ya cuando fuimos a entrevistarlos.

De los 117 no entrevistados, localizamos por teléfono y les pasamos el cuestionario a 62, lo cual representa un 53% de este grupo. Al resto, 55 (47%), no hubo manera de encontrarlos por teléfono; pudiendo establecer en este grupo tres tipos de no respuesta por ausencia del domicilio (no respuesta por no contacto): *a)* personas que habían cambiado de dirección y no vivían ya allí, *b)* personas que sí vivían allí, pero se habían ido de vacaciones (ausencia temporal), y *c)* personas que no estaban en casa en el momento de la llamada (se reintentaba localizarlas y sólo a la tercera llamada negativa se las daba por perdidas, como expresamos en el parágrafo 4.2.2.3.)[463,464].

Obtuvimos, así, un porcentaje global de respuestas del 93% (744 cuestionarios en total) y de no respuestas del 7%.

Como ya dijimos en los parágrafos 4.2.2.1. y 4.2.2.3., según la fórmula utilizada en el muestreo, serían suficientes:

$$n = (1{,}96^2 \times 0{,}5 \times 0{,}5) / 0{,}04^2 = 600 \text{ individuos}$$

Desde esta perspectiva, cubrimos el tamaño muestral ampliamente.

5.2. Fiabilidad del cuestionario

Como explicábamos en el parágrafo 4.3.2.2., hay varios tipos de fiabilidad y varios métodos para evaluarla. Nuestros *coeficientes de fiabilidad* han sido:

* Estimación de la fiabilidad por medio de la división en dos mitades: Se utiliza cuando los *ítems* de un instrumento son divididos en dos partes equivalentes y se calcula la correlación entre las puntuaciones de una y otra.

La correlación entre formas dio un resultado de 1. Y la división por la mitad, de Guttman, de 0,9917.

Al basarse la estimación en una comparación entre los resultados de una mitad y la otra, debe hacerse una corrección, denominada de Spearman-Brown, que, en nuestro caso, para el corte igual fue de 1 y para el corte desigual también fue de 1.

La alfa obtenida en esta prueba ha resultado ser 0,8426.

* Coeficiente alfa de fiabilidad o coeficiente α de Chronbach: Arrojó un resultado de α=0,8423.

* Estimación de la fiabilidad por medio del coeficiente de Guttman: Los resultados obtenidos con este análisis de la fiabilidad mediante la escala de Guttman fueron: λ_1=0,8099, λ_2=0,9959, λ_3=0,8722, λ_4=0,9917 y λ_5=0,9504.

* Coeficiente paralelo: Dio una 'fiabilidad estimada de la escala' de 0,8722, y un 'estimador insesgado de la fiabilidad' de 0,8833.

5.3. Datos de la encuesta

5.3.1. Grado de concordancia entre las entrevistas personales y telefónicas

Lo primero que valoramos fue si había existido diferencia o no entre las respuestas dadas por las personas entrevistadas al alta en el hospital y las entrevistadas después por teléfono, mediante el seguimiento llevado a cabo (ver tabla 1.A., en Anexo III).

Las *tablas de contingencia* realizadas entre la variable de la entrevista personal/telefónica y el resto de las variables dieron como resultado que, tanto los χ^2 como todos los demás coeficientes o índices de asociación eran 0,0000.

El grado de significación estadística fue P=1.

5.3.2. Análisis univariante

5.3.2.1. Datos demográficos y socioeconómicos

Sexo y edad

De las 744 personas entrevistadas, 348 fueron mujeres y 396 hombres (figura 2).

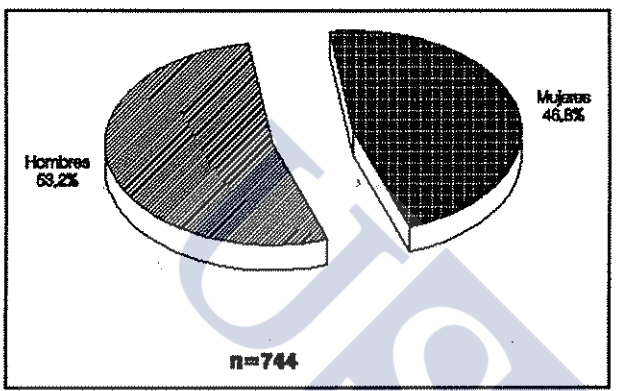


Figura 2. Distribución muestral por sexo.

La media de edad del total de individuos de la muestra se situó en 57,6 años (error estándar de la media=0,7), con una desviación estándar de 19,3 años y una mediana de 57 años. La edad mínima fue 17 años y la máxima 96 años.

Los percentiles de esta variable son: P_5=24, P_{10}=29, P_{20}=39, P_{25}=47, P_{30}=48, P_{40}=53, P_{50}=57, P_{60}=64, P_{70}=71, P_{75}=75, P_{80}=76, P_{90}=81, P_{95}=84. Analizando la muestra por percentiles, podemos observar que el 25% de las personas de la muestra tienen 47 años o menos y el restante 75% son mayores de 47 años, y que el 60% son personas de 64 años o menos, o, lo que es lo mismo, sólo el 40% tienen 65 o más años.

Las figuras 3 y 4 nos muestran las distribuciones de sujetos por edades (sin agrupar y agrupadas).

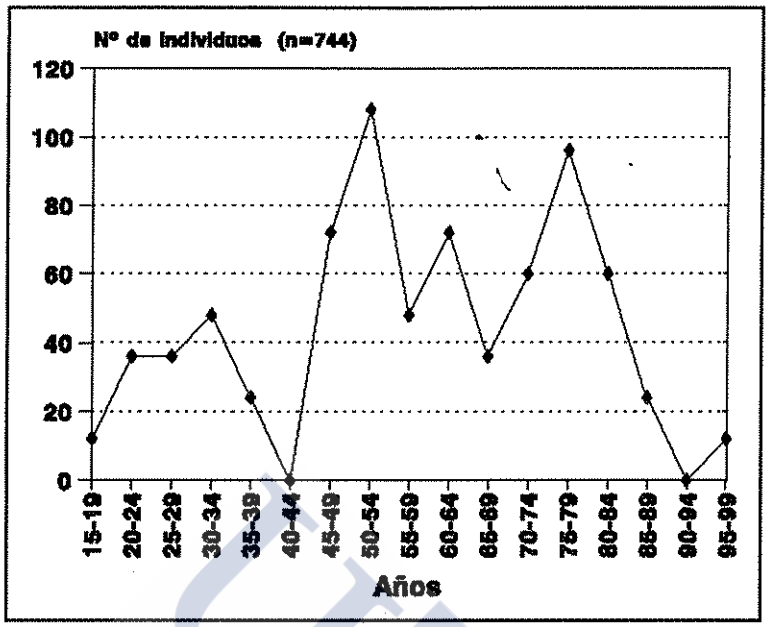


Figura 3. Distribución muestral por edad (en años).

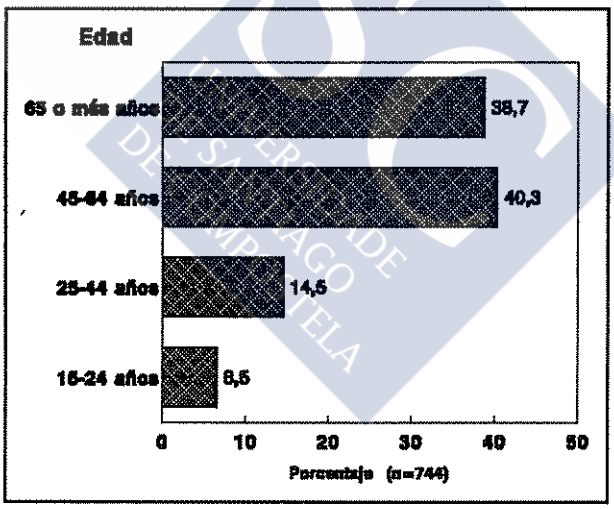


Figura 4. Distribución muestral por grupos de edad.

Estudiando la distribución por edad y sexo (figura 5), observamos una mayor proporción del sexo femenino en los intervalos de 15 a 24 años (4,8% frente a 1,7%) y de 25 a 44 años (9,5% frente a 5,0%), y una mayor proporción del masculino en los intervalos de 45 a 64 años (24,1% frente a 16,2%) y de 65 o más años (22,7% frente a 16,0%). Todos los porcentajes que vamos a ir dando en estos apartados son de n=744 (lo especificamos también en las figuras).

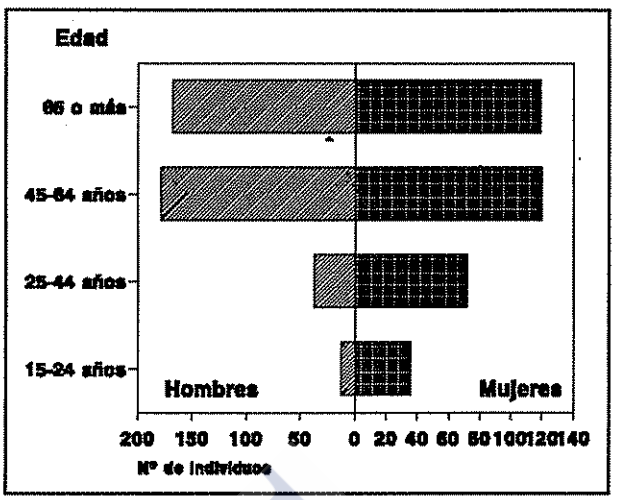


Figura 5. Distribución muestral por edad y sexo.

La media de edad del grupo de mujeres fue de 55,7, casi siete años menor que la de los hombres, que fue de 62,7.

Estado civil

Prácticamente los dos tercios de los individuos de la muestra estaban casados. Podemos ver los datos totales de la distribución en la figura 6 y por sexos en la tabla 1.

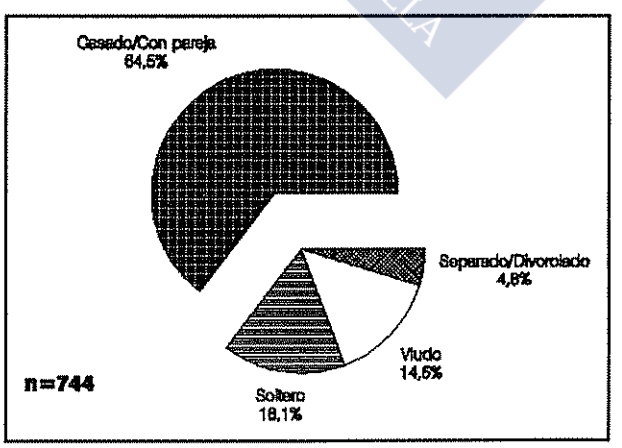


Figura 6. Distribución muestral por estado civil.

Tabla 1. Estado civil por sexo. Población ≥ 16 años. (n=744).

Estado civil	Hombres	Mujeres
Soltero	9,1%	24,1%
Casado/Con pareja	75,8%	51,7%
Separado/Divorciado	6,1%	3,5%
Viudo	9,0%	20,7%

Nivel de estudios

El porcentaje mayor de sujetos estaba concentrado en los que fueron a la escuela pero no acabaron sus estudios primarios, seguidos por los que sí los acabaron y ya no estudiaron más. Obtuvimos la distribución que podemos observar en la tabla 2.

Tabla 2. Distribución global del nivel de estudios. Población ≥ 16 años. (n=744).

Nivel de estudios	Porcentajes
Analfabeto/Sin estudios	4,8%
Certificado escolaridad/E. primarios incompletos	48,4%
Graduado escolar/Bachiller elemental/EGB/FP I	27,4%
Bachiller superior/BUP/FP II/COU/PREU	3,2%
Estudios universitarios (medios/superiores)	16,2%

Para mejorar la potencia de las pruebas estadísticas, hemos efectuado un agrupamiento lógico entre categorías muy similares que tenían pocos efectivos ('Analfabeto/Sin estudios' + 'Certificado escolaridad/E. primarios incompletos', y 'Graduado escolar/Bachiller elemental/EGB/FP I' + 'Bachiller superior/BUP/FP II/COU/PREU'). En la figura 7 podemos ver los datos totales y en la tabla 3 por sexos.

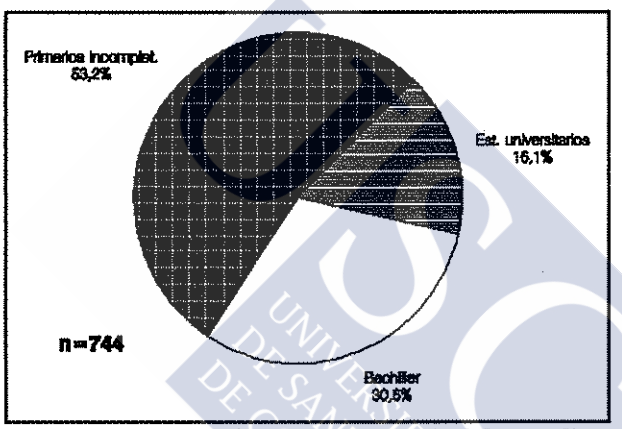


Figura 7. Distribución muestral por nivel de estudios.

Tabla 3. Nivel de estudios por sexo. Población ≥ 16 años. (n=744).

Nivel de estudios	Hombres	Mujeres
Sin estudios + E. primarios incompletos	45,5%	62,1%
EGB/Bachilleres/FPs + COU/PREU	36,4%	24,1%
E. universitarios (medios/superiores)	18,1%	13,8%

Ocupación

La proporción mayor fue la de los pensionistas, de todos modos no llegaron a ser la mitad de la muestra. La proporción de trabajadores fue, prácticamente, de un cuarto de la muestra. Su distribución fue la siguiente (tabla 4):

Tabla 4. Distribución global de la ocupación. Población ≥ 16 años. (n=744).

Ocupación	Porcentajes
Trabaja	27,4%
Jubilado/pensionista (anteriormente trabajando)	43,5%
Pensionista (anteriormente sus labores)	1,7%
Parado y ha trabajado antes	6,5%
Parado y busca su primer empleo	0
Estudiante	3,2%
Sus labores	16,1%
Incapacitado	1,6%

Hemos vuelto a agrupar: todos los pensionistas, y 'estudiantes' + 'sus labores' + 'incapacitados'. Obteniendo así la distribución de datos totales que podemos ver en la figura 8 y por sexos en la tabla 5.

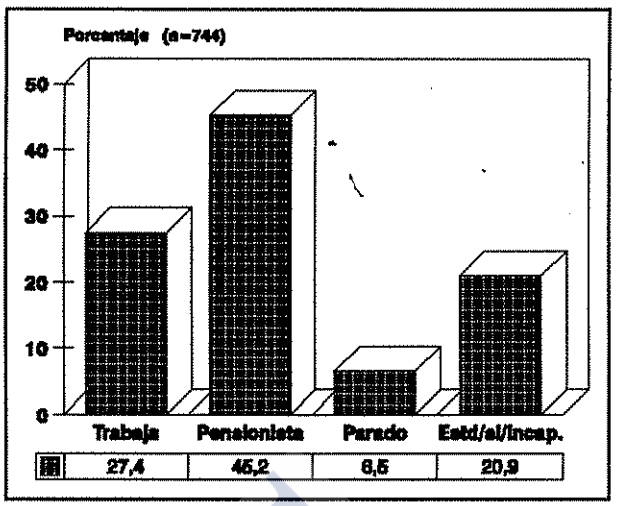


Figura 8. Distribución muestral por ocupación.

Tabla 5. Ocupación por sexo. Población ≥ 16 años. (n=744).

Ocupación	Hombres	Mujeres
Trabaja	30,3%	24,1%
Pensionistas	57,6%	31,1%
Parado y ha trabajado antes	6,0%	6,9%
Estudiante/s.l./Incapacitado	6,1%	37,9%

Clase social

Hicimos la clasificación siguiendo la CNO, como ya explicamos en el parágrafo 4.3.2.4., y, con ella, obtuvimos la distribución que observamos en la tabla 6.

Tabla 6. Distribución global de la clase social. Población ≥ 16 años. (n=744).

Clase social	Porcentajes
Clase social I: Directivos de la administración pública y de empresas de 10 o más asalariados; profesiones asociadas a titulaciones de 2º y 3º ciclo universitario	3,2%
Clase social II: Directivos de empresas de menos de 10 asalariados; profesiones asociadas a titulaciones de 1º ciclo universitario; técnicos y profesionales de apoyo; artistas y deportistas	6,5%
Clase social IIIa: Empleados de tipo administrativo y profesionales de apoyo a la gestión administrativa y financiera; trabajadores de los servicios personales y de seguridad	6,4%
Clase social IIIb: Trabajadores por cuenta propia	16,0%
Clase social IIIc: Supervisores de trabajadores manuales	6,6%
Clase social IVa: Trabajadores manuales cualificados	11,3%
Clase social IVb: Trabajadores manuales semicualificados	12,9%
Clase social V: Trabajadores no cualificados	16,1%
Otros	21,0%

Hemos agrupado las tres clases sociales III, las dos IV, y la V + 'otros', también por el poco número de efectivos obtenidos. Podemos ver en la figura 9 los datos totales y en la tabla 7 por sexos.

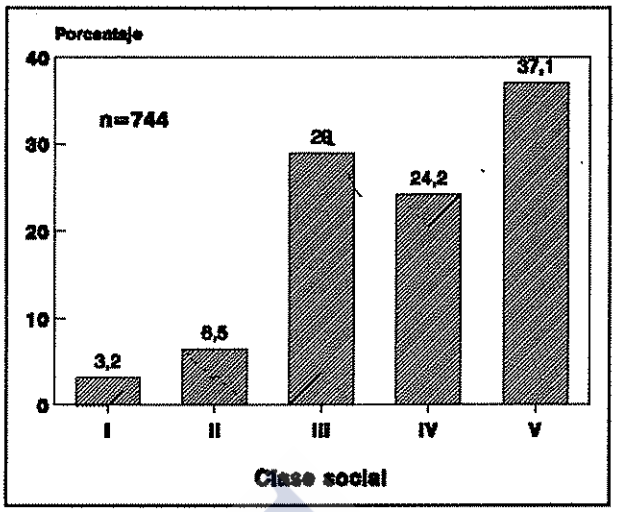


Figura 9. Distribución muestral por clase social.

Tabla 7. Clase social por sexo. Población ≥ 16 años. (n=744).

Clase social	Hombres	Mujeres
Clase social I	6,0%	0
Clase social II	6,1%	6,9%
Clase social III	33,4%	24,1%
Clase social IV	33,3%	13,8%
Clase social V/Otros	21,2%	55,2%

Lugar de residencia

Su distribución de datos totales fue la que vemos en la figura 10 y por sexos en la tabla 8.

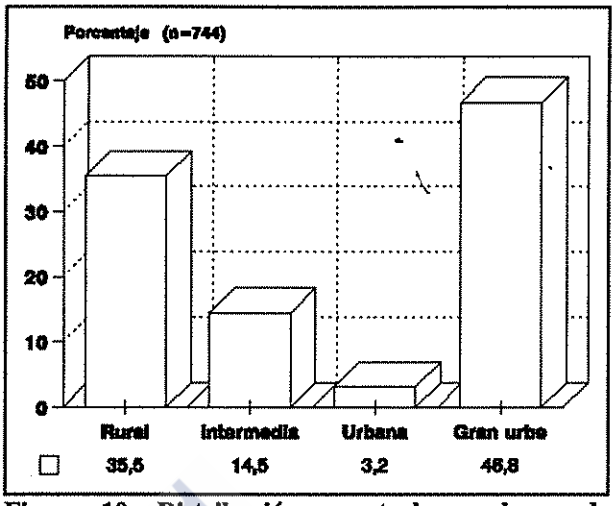


Figura 10. Distribución muestral por lugar de residencia.

Tabla 8. Lugar de residencia por sexo. Población ≥ 16 años. (n=744).

Lugar de residencia	Hombres	Mujeres
Rural	48,5%	20,8%
Intermedia	12,1%	17,2%
Urbana	3,0%	3,4%
Gran urbe	36,4%	58,6%

5.3.2.2. Datos de gestión de recursos

Tipo de hospitalización

Del total de hospitalizados (n=744), el 46,8% lo han sido por un problema de tipo médico (hombres = 57,6%, mujeres = 34,5%) y el 53,2% por uno de tipo quirúrgico (hombres = 42,4%, mujeres = 65,5%).

Tiempo que han pasado ingresados

La media del tiempo que han estado ingresados se situó en 14,6 días (error estándar de la media=0,6), con una desviación estándar de 16,8 días y una mediana de 11 días. El tiempo mínimo ha sido de 1 día y el máximo de 119 días.

Los percentiles de esta variable son: P_5=2, P_{10}=4, P_{20}=5, P_{25}=5, P_{30}=6, P_{40}=8, P_{50}=11, P_{60}=14, P_{70}=15, P_{75}=16, P_{80}=17, P_{90}=29, P_{95}=38. Analizando la muestra por percentiles, podemos observar que el 40% de las personas de la muestra han estado ingresadas 8 días o menos, que el 50% lo han estado 11 días o menos, el 75% 16 días o menos, y el 90% 29 días o menos.

Podemos ver los datos totales en la figura 11.

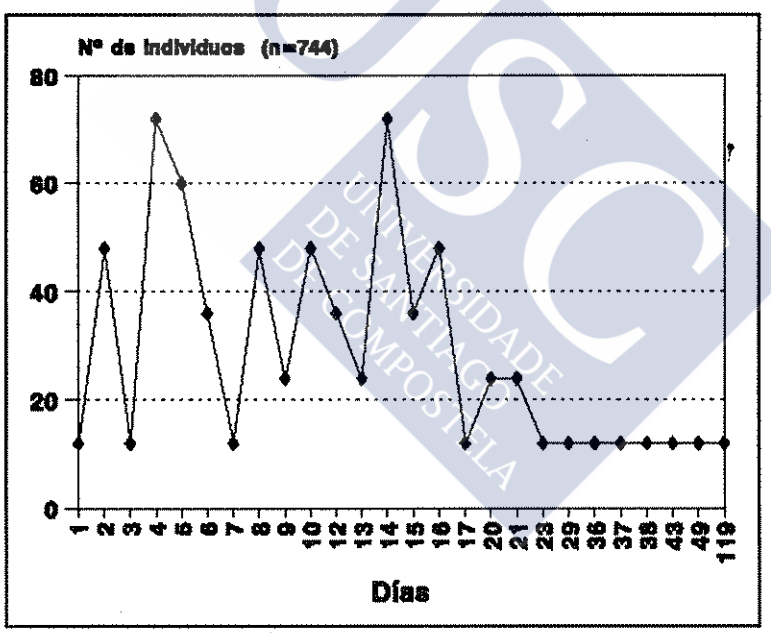


Figura 11. Distribución muestral por tiempo que han pasado ingresados (en días).

Como ya explicamos en el parágrafo 4.3.2.4., codificamos esta variable en: *1)* 1 día, *2)* 2 días, *3)* 3 días, *4)* 4 días, *5)* de 5 a 10 días, *6)* de 11 a 20 días, *7)* de 21 a 30 días, *8)* de 31 a 90 días (1 a 3 meses), *9)* de 91 a 180 días (3 a 6 meses), *10)* de 181 a 365 días (6 a 12 meses) y *11)* más de 365 días (más de 1 año). Posteriormente la tuvimos que agrupar en: *1)* de 1 a 4 días, *2)* de 5 a 10 días, *3)* de 11 a 20 días, *4)* de 21 a 30 días y *5)* de 31 a 180 días.

La distribución porcentual de este agrupamiento resultó ser la que vemos en la tabla 9.

Tabla 9. Distribución por tiempo que han pasado ingresados. Población ≥ 16 años. (n=744).

Tiempo ingresados	Total	Hombres	Mujeres
De 1 a 4 días	19,4%	15,2%	24,1%
De 5 a 10 días	30,6%	27,3%	34,6%
De 11 a 20 días	33,9%	45,4%	20,7%
De 21 a 30 días	6,4%	6,0%	6,9%
De 31 a 180 días	9,7%	6,1%	13,8%

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

¿Habían sido tratados ya en este hospital antes de esta hospitalización?

Vemos, por la distribución de la tabla 10, que los mayores porcentajes se situaron en torno a las personas que ya han estado hospitalizadas más veces o las que nunca estuvieron en el hospital.

Tabla 10. Distribución de otros tratamientos en este hospital. Población ≥ 16 años. (n=744).

Otros tratamientos en este hospital	Total	Hombres	Mujeres
No	33,9%	24,3%	44,8%
Sí, en urgencias	14,5%	21,2%	6,9%
Sí, en consultas externas	3,2%	3,0%	3,4%
Sí, hospitalizado	48,4%	51,5%	44,9%

¿Habían estado hospitalizados aquí, pernoctando, en otras ocasiones?

La distribución de la tabla 11 nos indica que volvieron a situarse los mayores porcentajes alrededor de las personas que nunca estuvieron en el hospital y de las que estuvieron una vez sólo.

Tabla 11. Distribución de otras hospitalizaciones en este hospital. Población ≥ 16 años. (n=744).

Otras hospitalizaciones en este hospital	Total	Hombres	Mujeres
Nunca, ésta es la primera vez	38,8%	27,3%	51,7%
Una vez	30,6%	36,4%	24,2%
Dos veces	16,1%	18,2%	13,8%
Tres o más veces	14,5%	18,1%	10,3%

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

¿Han estado hospitalizados alguna vez en otro hospital?

A esta pregunta el 51,6% de los usuarios declaran que no (hombres = 57,6%, mujeres = 44,8%) y el 48,4% que sí (hombres = 42,4%, mujeres = 55,2%) (n=744).

Habitación compartida

El 100% de los enfermos estuvieron en la habitación con otros pacientes.

Ayuda necesitada

Las respuestas se repartieron bastante equitativamente entre quienes manifestaron que habían necesitado alguna o mucha ayuda del personal sanitario para realizar sus actividades cotidianas, y fueron ligeramente superiores para quienes dijeron no haber necesitado ninguna, como podemos observar en la distribución de la tabla 12.

Tabla 12. Distribución de la ayuda necesitada. Población ≥ 16 años. (n=744).

Ayuda necesitada	Total	Hombres	Mujeres
Ninguna	38,7%	36,4%	41,4%
Poca	12,9%	12,1%	13,8%
Alguna	25,8%	30,3%	20,7%
Mucha	22,6%	21,2%	24,1%

Como ya hemos dicho en el parágrafo 4.3.4.1., elaboramos unos *índices de satisfacción* (con un intervalo de 0 a 5) para algunas variables. El *índice de satisfacción con la ayuda prestada a sus necesidades* fue 2,903.

Necesidad del tiempo pasado en el hospital

Lo consideraron como observamos en la tabla 13.

Tabla 13. Distribución de la valoración de la necesidad del tiempo pasado en el hospital. Población ≥ 16 años. (n=744).

El tiempo pasado en el hospital fue	Total	Hombres	Mujeres
Menos del necesario	11,3%	9,1%	13,9%
El necesario	80,6%	87,9%	72,4%
Más del necesario	8,1%	3,0%	13,7%

El *índice de satisfacción con el tiempo pasado en el hospital* fue 3,280.

Ser tenidos en cuenta

Las respuestas a la pregunta: '¿Cree Vd. que se tuvieron en cuenta sus preguntas, opiniones y necesidades?', en principio las codificamos como *nunca, casi nunca, a veces, casi siempre y siempre*. Posteriormente reagrupamos las dos categorías *casi nunca* y *a veces*, quedando la distribución como la vemos en la tabla 14.

Tabla 14. Distribución de la valoración de haber sido tenidos en cuenta. Población ≥ 16 años. (n=744).

Fueron tenidos en cuenta	Total	Hombres	Mujeres
Nunca	8,1%	12,1%	3,4%
A veces	11,3%	18,2%	3,5%
Casi siempre	17,7%	15,2%	20,7%
Siempre	62,9%	54,5%	72,4%

El *índice de satisfacción con el ser tenido en cuenta* fue 4,242.

Adecuación de horarios de visitas

A la pregunta: '¿Cómo encontró de adecuados los horarios de visitas y las facilidades para sus familiares y amistades?', las respuestas eran *muy mal, mal, normal, bien y muy bien*. Posteriormente reagrupamos las dos primeras categorías, quedando las respuestas repartidas como explicamos en la tabla 15.

Tabla 15. Distribución de la valoración de la adecuación del horario de visitas. Población ≥ 16 años. (n=744).

Los horarios de visitas estaban	Total	Hombres	Mujeres
Mal	16,2%	24,2%	6,9%
Normal	12,9%	12,1%	13,7%
Bien	54,8%	45,5%	65,5%
Muy bien	16,1%	18,2%	13,9%

El *índice de satisfacción con la adecuación de horarios de visitas* fue 3,661.

Estado actual

En el momento del alta, al ser entrevistados, los usuarios del Complejo Hospitalario Juan Canalejo afirmaron encontrarse como exponemos en la tabla 16.

Tabla 16. Distribución de la valoración de su estado al alta. Población ≥ 16 años. (n=744).

Al alta se sienten	Total (IC 95%)	Hombres	Mujeres
Peor que cuando entró	3,3% (2,1 ÷ 4,7)	3,0%	3,4%
Igual que cuando entró	4,8% (3,4 ÷ 6,6)	6,1%	3,5%
Mejor que cuando entró	91,9% (89,7 ÷ 93,8)	90,9%	93,1%

El *índice de satisfacción con su estado tras la hospitalización* fue 4,811.

5.3.2.3. Datos de ingreso y alta

Forma de ingresar

La primera codificación de esta variable fue: *1)* entró por urgencias, *2)* lo derivaron desde las consultas externas, *3)* fue trasladado desde otro hospital, 4) estaba programado para algún tratamiento y *5)* entró por lista de espera, pero no sabe el tiempo que estuvo en ella. En la figura 12 podemos ver las distribuciones por sectores y en columna de las formas de ingresar y sus porcentajes. Posteriormente reagrupamos todas la categorías que no eran entrada por urgencias, con 216 personas (el 29% del total) (hombres = 24,2%, mujeres = 34,5%), frente a quien sí había entrado por urgencias, que eran 528 personas (el 71% del total) (hombres = 75,8%, mujeres = 65,5%).

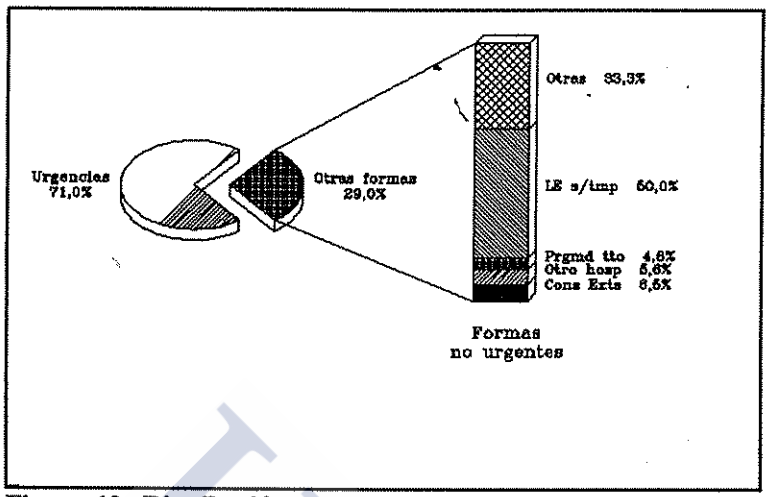


Figura 12. Distribución muestral por formas de ingresar en el hospital.

Tiempo que han estado en lista de espera

La media del tiempo que han estado en lista de espera se situó en 11,5 días (error estándar de la media=1,9), con una desviación estándar de 51,8 días y una mediana de 0 días (cifra que se debe a los ingresos por urgencias). El tiempo mínimo ha sido de 0 días y el máximo de 365 días.

Codificamos las respuestas por cortes de tiempo, como ya explicamos en el parágrafo 4.3.2.4., en: *1)* 15 días o menos, *2)* de 16 a 30 días, *3)* de 31 a 90 días (1 a 3 meses), *4)* de 91 a 180 días (3 a 6 meses), *5)* de 181 a 365 días (6 a 12 meses) y *6)* más de 365 días (más de 1 año).

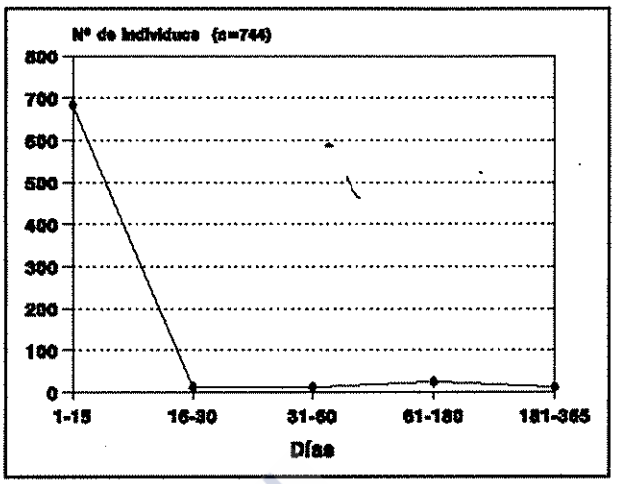


Figura 13. Distribución muestral por tiempo que han estado en lista de espera (en cortes de tiempo).

Al ver la figura 13 nos damos cuenta de que en el corte de 1 a 15 días se incluyen los ingresos por urgencias, y el efecto es el mismo que para la mediana.

Posteriormente reagrupamos las dos últimas categorías, quedando la distribución que tenemos en la tabla 17.

Tabla 17. Distribución por tiempo que han estado en lista de espera. Población ≥ 16 años. (n=744).

Tiempo en lista de espera	Total	Hombres	Mujeres
De 1 a 15 días	91,9%	93,9%	89,7%
De 16 a 30 días	1,6%	0	3,4%
De 31 a 90 días	1,7%	3,0%	0
De 91 a 365 días	4,8%	3,1%	6,9%

Opinión sobre el tiempo en lista de espera

Habíamos codificado, en principio, las respuestas a esta pregunta como *muy largo, largo, normal, corto y muy corto*, pero a *muy corto* no respondió nadie.

El 77,4% de los entrevistados no contestaron a esta pregunta (el 75,8% habían entrado por urgencias y el 1,6% no respondieron). Entre los que sí contestaron (el 22,6% restante), la distribución de respuestas fue la de la tabla 18.

Tabla 18. Distribución de la valoración del tiempo que pasaron en lista de espera. Población ≥ 16 años. (n=744).

Este tiempo les pareció	Total	Hombres	Mujeres
Muy largo	7,1%	0	12,4%
Largo	50,0%	50,0%	50,0%
Normal	21,5%	16,7%	25,0%
Corto	21,4%	33,3%	12,6%

Entre este 22,6% de sujetos, el *índice de satisfacción con el tiempo en lista de espera* fue 2,571.

Momento del ingreso

A la pregunta: 'Cuando llegó aquí, el tiempo que tardaron en ingresarlo y la forma de hacerlo, ¿cómo le parecieron?', las respuestas eran *muy mal, mal, normal, bien y muy bien*. Posteriormente reagrupamos las dos primeras categorías, quedando la distribución de frecuencias de las respuestas de la siguiente forma (tabla 19):

Tabla 19. Distribución de la valoración del momento del ingreso. Población ≥ 16 años. (n=744).

El ingreso les pareció	Total	Hombres	Mujeres
Mal	17,7%	18,2%	17,2%
Normal	38,8%	39,4%	37,9%
Bien	27,4%	33,3%	20,7%
Muy bien	16,1%	9,1%	24,2%

El *índice de satisfacción con el momento del ingreso* fue 3,339.

Momento del alta

A la pregunta: 'El tiempo que tardaron en darle de alta y el modo de hacerlo, ¿cómo le parecieron?', las respuestas eran *muy mal, mal, normal, bien y muy bien*. Posteriormente reagrupamos las dos primeras categorías, quedando la distribución de frecuencias de las respuestas de la siguiente forma (tabla 20):

Tabla 20. Distribución de la valoración del momento del alta. Población ≥ 16 años. (n=744).

El alta les pareció	Total	Hombres	Mujeres
Mal	3,2%	3,0%	3,4%
Normal	45,2%	48,5%	41,4%
Bien	41,9%	36,4%	48,3%
Muy bien	9,7%	12,1%	6,9%

El *índice de satisfacción con el momento del alta* fue 3,565.

5.3.2.4. Datos del personal médico

Competencia profesional médica

Codificamos las respuestas a la pregunta: '¿Cómo cree que fue la competencia profesional de su médico o médica?', como *muy mala, mala, normal, buena y muy buena*. A *muy mala* y *normal* no contestó nadie, por lo que la distribución quedó como la vemos en la tabla 21.

Tabla 21. Distribución de la valoración de la competencia profesional del personal médico. Población ≥ 16 años. (n=744).

Competencia profesional medicina	Total	Hombres	Mujeres
Mala	1,6%	0	3,4%
Buena	40,3%	51,5%	27,6%
Muy buena	58,1%	48,5%	69,0%

El *índice de satisfacción con la competencia profesional médica* fue 4,548.

Frecuencia de la visita médica

Las respuestas a la pregunta: '¿Con qué frecuencia lo visitó y controló su evolución?', en principio las codificamos como *nunca, pocas veces, a veces, frecuentemente y muy frecuentemente*. Posteriormente reagrupamos las tres primeras categorías, quedando la distribución como exponemos en la tabla 22.

Tabla 22. Distribución de la valoración de la frecuencia de la visita médica. Población ≥ 16 años. (n=744).

Su médico los visitó	Total	Hombres	Mujeres
Pocas veces	6,5%	12,1%	0
Frecuentemente	62,9%	60,6%	65,5%
Muy frecuentemente	30,6%	27,3%	34,5%

El *índice de satisfacción con la frecuencia de la visita médica* fue 4,194.

Facilidad para conseguir a su médico

Las respuestas a la pregunta: 'Cuando necesitó Vd. a su médico, ¿consiguió con facilidad que acudiese?', en principio las codificamos como *nunca, casi nunca, a veces, casi siempre, siempre y no lo necesitó*. Posteriormente reagrupamos las tres primeras categorías y la distribución quedó del siguiente modo (tabla 23):

Tabla 23. Distribución de la valoración de la facilidad para conseguir a su médico. Población ≥ 16 años. (n=744).

Si lo necesitó, su médico acudió	Total	Hombres	Mujeres
A veces	3,2%	0	12,5%
Casi siempre	1,6%	5,9%	0
Siempre	48,4%	94,1%	87,5%
No lo necesitó	46,8%	-	-

Entre la gente que sí lo necesitó, el *índice de satisfacción con la facilidad para conseguir a su médico* fue 4,788.

Trato humano médico

Codificamos las respuestas a la pregunta: '¿Cuál fue su trato humano y la preocupación y amabilidad con Vd.?', como *muy malo, malo, normal, bueno y muy bueno*. Posteriormente agrupamos *malo* y *normal* en una categoría que denominamos *regular*; y a *muy malo* no contestó nadie. La distribución de frecuencias quedó así (tabla 24):

Tabla 24. Distribución de la valoración del trato humano del personal médico. Población ≥ 16 años. (n=744).

Trato humano personal medicina	Total	Hombres	Mujeres
Regular	4,8%	6,1%	3,4%
Bueno	33,9%	39,4%	27,6%
Muy bueno	61,3%	54,5%	69,0%

El *índice de satisfacción con el trato humano médico* fue 4,548.

Entendimiento de la información

Codificamos las respuestas a la pregunta: '¿Qué tal entendió Vd. y su familia lo que su médico le explicó sobre su enfermedad?', como *muy mal, mal, normal, bien y muy bien*. Posteriormente agrupamos las dos primeras categorías, quedando la distribución como vemos en la tabla 25.

Tabla 25. Distribución de la valoración del entendimiento de la información médica. Población ≥ 16 años. (n=744).

Entendieron al médico	Total	Hombres	Mujeres
Mal	3,3%	0	6,9%
Normal	16,1%	18,2%	13,8%
Bien	38,7%	30,3%	48,3%
Muy bien	41,9%	51,5%	31,0%

El *índice de satisfacción con el entendimiento de la información médica* fue 4,177.

¿Saben el nombre de su médico?

A esta pregunta 360 enfermos respondieron que no (hombres = 54,5%, mujeres = 41,4%) y 384 que sí (hombres = 45,5%, mujeres = 58,6%), lo que representa respectivamente un 48,4% y un 51,6% de usuarios en cada una de estas dos categorías.

5.3.2.5. Datos del personal de enfermería

Competencia profesional de enfermería

Codificamos las respuestas a la pregunta: '¿Cómo cree Vd. que fue la competencia profesional del personal de enfermería que lo atendió?', como *muy mala, mala, normal, buena y muy buena*. Posteriormente agrupamos *mala* y *normal* en una categoría que denominamos *regular*; y a *muy mala* no contestó nadie. La distribución de frecuencias quedó como la vemos en la tabla 26.

Tabla 26. Distribución de la valoración de la competencia profesional del personal de enfermería. Población ≥ 16 años. (n=744).

Competencia profesional enfermería	Total	Hombres	Mujeres
Regular	9,7%	9,1%	10,3%
Buena	30,6%	30,3%	31,1%
Muy buena	59,7%	60,6%	58,6%

El *índice de satisfacción con la competencia profesional de enfermería* fue 4,484.

Rapidez en acudir

Las respuestas a la pregunta: 'Cuando necesitó al personal de enfermería, ¿fueron rápidos en acudir y ayudarle?', en principio las codificamos como *nunca, pocas veces, a veces, frecuentemente, muy frecuentemente y no los necesitó.* Posteriormente reagrupamos *pocas veces* y *a veces*; y a *nunca* no contestó nadie, quedando la distribución como observamos en la tabla 27.

Tabla 27. Distribución de la valoración de la rapidez en acudir del personal de enfermería. Población ≥ 16 años. (n=744).

Si lo necesitó, acudió	Total	Hombres	Mujeres
A veces	17,7%	25,0%	10,7%
Frecuentemente	40,3%	37,6%	46,4%
Muy frecuentemente	38,7%	37,4%	42,9%
No lo necesitó	3,3%	-	-

Entre quienes lo necesitaron, el *índice de satisfacción con la rapidez en acudir* fue 4,183.

Trato humano de enfermería

Codificamos las respuestas a la pregunta: '¿Cuál fue su trato humano y la preocupación y amabilidad con Vd.?', como *muy malo, malo, normal, bueno y muy bueno*. Posteriormente agrupamos *malo* y *normal* en una categoría que denominamos *regular*; y a *muy malo* no contestó nadie. La distribución de frecuencias quedó de la forma que vemos en la tabla 28.

Tabla 28. Distribución de la valoración del trato humano del personal de enfermería. Población ≥ 16 años. (n=744).

Trato humano personal enfermería	Total	Hombres	Mujeres
Regular	11,3%	9,1%	13,8%
Bueno	30,6%	27,3%	34,5%
Muy bueno	58,1%	63,6%	51,7%

El *índice de satisfacción con el trato humano de enfermería* fue 4,452.

Coordinación entre el personal sanitario

Codificamos las respuestas a la pregunta: '¿Cómo cree Vd. que fue la coordinación entre el personal de enfermería y médico que lo cuidó a Vd.?', como *muy mala, mala, normal, buena y muy buena*. Posteriormente agrupamos las dos primeras categorías, quedando la distribución como podemos observar en la tabla 29.

Tabla 29. Distribución de la valoración de la coordinación entre el personal sanitario. Población ≥ 16 años. (n=744).

La coordinación fue	Total	Hombres	Mujeres
Mala	4,9%	6,1%	3,4%
Normal	40,3%	48,4%	31,1%
Buena	25,8%	18,2%	34,5%
Muy buena	29,0%	27,3%	31,0%

El *índice de satisfacción con la coordinación entre el personal sanitario* fue 3,774.

5.3.2.6. Datos de otro personal

Personal de limpieza

A la pregunta: '¿Cómo hicieron su trabajo y cómo se portaron con Vd.?', las respuestas eran *muy mal, mal, normal, bien y muy bien*. Posteriormente reagrupamos las dos primeras categorías, quedando la distribución de frecuencias de las respuestas de la forma que exponemos en la tabla 30.

Tabla 30. Distribución de la valoración del trabajo y comportamiento del personal de limpieza. Población ≥ 16 años. (n=744).

Lo hicieron	Total	Hombres	Mujeres
Mal	11,3%	15,1%	6,9%
Normal	12,9%	15,2%	10,3%
Bien	38,7%	36,4%	41,5%
Muy bien	37,1%	33,3%	41,3%

El *índice de satisfacción con el personal de limpieza* fue 4,000.

Personal administrativo de la planta

A la pregunta: '¿Cómo hicieron su trabajo y cómo se portaron con Vd.?', las respuestas eran *muy mal, mal, normal, bien, muy bien y no contactó con ellos*. A *muy mal* y *mal* no respondió nadie. Y la distribución de frecuencias quedó como vemos en la tabla 31.

Tabla 31. Distribución de la valoración del trabajo y comportamiento del personal administrativo de la planta. Población ≥ 16 años. (n=744).

Lo hicieron	Total	Hombres	Mujeres
Normal	3,2%	25,1%	25,0%
Bien	8,1%	50,0%	75,0%
Muy bien	1,6%	24,9%	0
No contactó con ellos	87,1%	-	-

Entre la gente que contactó con él, el *índice de satisfacción con el personal administrativo de la planta* fue 3,875.

Personal de radiología

A la pregunta: '¿Cómo hicieron su trabajo y cómo se portaron con Vd.?', las respuestas eran *muy mal, mal, normal, bien, muy bien y no los necesitó*. A *muy mal* y *mal* no respondió nadie. Y la distribución de frecuencias quedó del siguiente modo (tabla 32):

Tabla 32. Distribución de la valoración del trabajo y comportamiento del personal de radiología. Población ≥ 16 años. (n=744).

Lo hicieron	Total	Hombres	Mujeres
Normal	8,2%	8,0%	16,6%
Bien	41,9%	48,0%	77,8%
Muy bien	19,4%	44,0%	5,6%
No contactó con ellos	30,5%	-	-

Entre quienes sí contactaron, el *índice de satisfacción con el personal de radiología* fue 4,163.

5.3.2.7. Datos del entorno

Estado de la habitación

Codificamos las respuestas a la pregunta: '¿Cómo estuvo su habitación de limpia y confortable?', como *muy mal, mal, normal, bien y muy bien.*

Posteriormente agrupamos las dos primeras categorías, quedando la distribución como vemos en la tabla 33.

Tabla 33. Distribución de la valoración de la limpieza y confortabilidad de la habitación. Población ≥ 16 años. (n=744).

Estuvo	Total	Hombres	Mujeres
Mal	8,1%	9,1%	6,9%
Normal	17,7%	21,2%	13,8%
Bien	45,2%	42,4%	48,3%
Muy bien	29,0%	27,3%	31,0%

El *índice de satisfacción con el estado de la habitación* fue 3,935.

Ambiente de la habitación

Codificamos las respuestas a la pregunta: '¿Cómo estuvo de tranquila?, ¿sintió que tenía Vd. intimidad?', como *nunca, casi nunca, a veces, casi siempre y siempre*. Posteriormente agrupamos las dos primeras categorías y la distribución quedó de la manera que expresamos en la tabla 34.

Tabla 34. Distribución de la valoración de la tranquilidad e intimidad de la habitación. Población ≥ 16 años. (n=744).

Las tuvo	Total	Hombres	Mujeres
Nunca	19,4%	21,2%	17,2%
A veces	24,2%	27,4%	20,8%
Casi siempre	24,1%	24,2%	24,1%
Siempre	32,3%	27,2%	37,9%

El *índice de satisfacción con el ambiente de la habitación* fue 3,581.

Alimentación

Codificamos las respuestas a la pregunta: '¿Cómo fue la comida que le dieron?', como *muy mala, mala, normal, buena y muy buena*. Posteriormente agrupamos las dos primeras categorías, quedando la distribución como la explica la tabla 35.

Tabla 35. Distribución de la valoración de la alimentación recibida. Población ≥ 16 años. (n=744).

La comida fue	Total	Hombres	Mujeres
Mala	8,1%	9,1%	6,9%
Normal	25,8%	18,2%	34,5%
Buena	45,1%	48,5%	41,4%
Muy buena	21,0%	24,2%	17,2%

El *índice de satisfacción con la alimentación* fue 3,774.

5.3.2.8. Datos generales de satisfacción

Satisfacción global

A la pregunta: 'En conjunto, ¿cómo está Vd. de satisfecho con su estancia en este hospital?', las respuestas eran *nada, poco, algo, bastante y mucho*. A *nada* no respondió nadie, y posteriormente reagrupamos las categorías segunda y tercera. La distribución de frecuencias de las respuestas quedó como sigue (tabla 36):

Tabla 36. Distribución de la valoración de la satisfacción global con la estancia hospitalaria. Población ≥ 16 años. (n=744).

Están satisfechos	Total (IC 95%)	Hombres	Mujeres
Poco	4,9% (3,4 ÷ 6,6)	3,0%	6,9%
Bastante	51,6% (48,0 ÷ 55,2)	57,6%	44,8%
Mucho	43,5% (40,0 ÷ 47,1)	39,4%	48,3%

El *índice de satisfacción global* fue 4,371.

¿Se puede mejorar?

A la pregunta: '¿Cree que hay cosas que pueden y deben mejorarse?', las respuestas fueron las que nos muestra la tabla 37.

Tabla 37. Distribución de la valoración de si se puede mejorar. Población ≥ 16 años. (n=744).

Opinan que	Total	Hombres	Mujeres
No	30,6%	27,3%	34,5%
Sí	58,1%	60,6%	55,2%
No sé	11,3%	12,1%	10,3%

5.3.2.9. Desarrollo de la entrevista

Al acabar de cubrir cada cuestionario, los encuestadores daban su opinión sobre el desarrollo de la entrevista con los enfermos. La tabla 38 nos muestra cómo han manifestado que fue ésta:

Tabla 38. Distribución de la valoración por los encuestadores del desarrollo de la entrevista. Población ≥ 16 años. (n=744).

Opinan que ésta fue	Total (IC 95%)	Hombres	Mujeres
Muy mala	0	0	0
Mala	6,5% (4,8 ÷ 8,5)	12,1%	0
Normal	27,4% (24,2 ÷ 30,6)	33,4%	20,7%
Buena	35,5% (32,0 ÷ 39,0)	24,2%	48,3%
Muy buena	30,6% (27,3 ÷ 34,0)	30,3%	31,0%

El *índice de satisfacción con el desarrollo de la entrevista* fue 3,903.

Tenemos que destacar que este índice está elaborado desde los encuestadores; es la satisfacción de éstos, y no de los usuarios (como los anteriores), con la entrevista realizada y con la aceptabilidad y actitud de los usuarios hacia ellos y la encuesta, lo que medimos.

5.3.3. Análisis bivariante

5.3.3.1. Relación entre la satisfacción de los usuarios y las demás variables del estudio

Los mayores porcentajes de respuestas se han concentrado, en todas las variables, en *muy satisfecho* y *bastante satisfecho*; el número de respuestas a *algo satisfecho*, *poco satisfecho* o *nada satisfecho* fue muy inferior ya a los dos anteriores, así que tuvimos que reagrupar estas tres últimas categorías, por los pocos efectivos obtenidos en ellas, en una sola, a la que denominamos *poco satisfecho*. Esta variable ha quedado, así, con tres categorías finales para llevar a cabo el análisis estadístico.

Las tablas resultado de los cruces bivariantes, entre la satisfacción de los usuarios y las demás variables, están todas en el Anexo III. Debido a esto, las iremos numerando consecutivamente con un número arábigo y la letra A mayúscula. Se dan en ellas, además de la cantidad de respuestas (*n*) en cada apartado, los porcentajes por columnas.

5.3.3.2. Satisfacción y variables demográficas y socioeconómicas

Sexo y edad

Hubo diferencias significativas por sexos con respecto a la satisfacción (P=0,00058) (para 2 grados de libertad, que, de aquí en adelante, los llamaremos GL). Las mujeres dijeron estar *bastante satisfechas* el 44,8% y *muy satisfechas* el 48,3% y los hombres *bastante satisfechos* el 57,6% y *muy satisfechos* el 39,4% (ver tabla 2.A.). La *V* de Cramer (en adelante, *V*) arrojó un resultado de 0,14156 y el Coeficiente de contingencia *C* de Pearson (en adelante, *CC*) de 0,14017 [con la variable *'satisfacción de los usuarios'* (en adelante, *'satisfacción'*) sin agrupar, fueron *V*=0,17561 y *CC*=0,17296].

El *índice medio de satisfacción* en las mujeres fue 4,379 y en los hombres 4,363.

Por edades, se situaron los mayores porcentajes de la siguiente forma (tabla 3.A.): en el corte de 15 a 24 años al 50% (y sin respuestas a otros niveles de satisfacción) entre *bastante satisfechos* y *muy satisfechos*; de 25 a 44 años (55,6%) y de 45 a 64 años (56%) en *bastante satisfechos*; y de 65 o más años (50%) en *muy satisfechos*. Siendo también significativas las diferencias (P=0,00131) (GL=6). *V*=0,12106 y *CC*=0,16875 [con esta variable y la *'satisfacción'* sin agrupar: *V*=0,21584 y *CC*=0,35017].

El *índice medio de satisfacción* por edades fue: de 15 a 24 años=4,500, de 25 a 44 años=4,111, de 45 a 64 años=4,360 y de 65 y más años=4,458.

Estado civil

También existieron diferencias significativas por estado civil (P=0,00012) (GL=6). Entre los solteros se repartieron las respuestas por igual (al 50%, y sin respuestas a otros niveles de satisfacción) entre *bastante* y *muy satisfechos*; pero entre los casados/con pareja (52,5%) y los viudos (55,6%) fueron mayoría los que respondieron hallarse *bastante satisfechos*; y entre los separados/divorciados la mayoría (66,7%) respondieron estar *muy satisfechos* (tabla 4.A.).

V=0,13575 y *CC*=0,18853 [con la variable *'satisfacción'* sin agrupar, son *V*=0,14088 y *CC*=0,23705].

El *índice medio de satisfacción* por estado civil fue: en los solteros 4,500, en los casados/con pareja 4,350, en los separados/divorciados 4,666 y en los viudos 4,222.

Nivel de estudios

Las personas sin estudios o con los primarios incompletos afirmaron, en su mayor proporción (51,5%), estar *muy satisfechas*; de las que tienen graduado escolar o bachillerato, el 63,2% lo hicieron como *bastante satisfechas*; y las personas con estudios universitarios se repartieron prácticamente en igual porcentaje (40,2% y

40%) entre *muy* y *bastante satisfechas* (tabla 5.A.). Las diferencias también fueron significativas (P≤0,00000) (GL=4).

V=0,25878 y *CC*=0,34368 [con esta variable y la *'satisfacción'* sin agrupar: *V*=0,25301 y *CC*=0,40138].

El *índice medio de satisfacción* por nivel de estudios fue: en las personas sin estudios/primarios incompletos 4,515, en las bachilleres/FP 4,263 y en las universitarias 4,100.

Ocupación

Las diferencias por ocupación fueron también significativas (P≤0,00000) (GL=6); estando el mayor porcentaje de las personas que trabajan (64,7%) en el grupo de respuestas de *muy satisfechas*; de los pensionistas (50%) y del grupo de estudiantes/s.l./incapacitados (76,9%) en *bastante satisfechos*; y repartiéndose por igual los parados (al 50%, y sin respuestas a otros niveles de satisfacción) entre *bastante* y *muy satisfechos* (tabla 6.A.).

V=0,25724 y *CC*=0,34187 [con esta variable y la *'satisfacción'* sin agrupar: *V*=0,30576 y *CC*=0,46801].

El *índice medio de satisfacción* por ocupación fue: en los trabajadores 4,647, en los pensionistas 4,357, en los parados 4,500 y en los estudiantes/sus labores/incapacitados 4,000.

Clase social

La I ha respondido por igual (al 50%, y sin respuestas a otros niveles de satisfacción) a *bastante* y *muy satisfecha*. Los porcentajes más elevados de la II (50%) se hallaron en *bastante satisfecha*, de la III (61,1%) en *muy satisfecha* y de las IV (60%) y V/Otros (56,5%) en *bastante satisfecha* (tabla 7.A.). Las diferencias fueron significativas (P≤00000) (GL=8).

V=0,24421 y *CC*=0,32644 [con esta variable y la *'satisfacción'* sin agrupar: *V*=0,34077 y *CC*=0,50829].

El *índice medio de satisfacción* por clases sociales fue: en la I de 4,500, en la II de 4,000, en la III de 4,611, en la IV de 4,266 y en la V de 4,304.

Lugar de residencia

Las personas que viven en zonas rurales (50%), intermedias (55,6%) o en la gran urbe (51,7%) respondieron en su mayor proporción que estaban *bastante satisfechas*, y las de zonas urbanas se repartieron al 50% (sin respuestas a otros niveles de satisfacción) entre *bastante* y *muy satisfechas* (tabla 8.A.), siendo significativas estas diferencias (P=00431) (GL=6).

V=0,11275 y *CC*=0,15746 [con la variable *'satisfacción'* sin agrupar: *V*=0,13407 y *CC*=0,22619].

El *índice medio de satisfacción* por lugar de residencia fue: en zona rural 4,272, en zona intermedia 4,444, en zona urbana 4,500 y en gran urbe 4,310.

5.3.3.3. Satisfacción y datos de gestión de recursos

Tipo de hospitalización

Hubo diferencias significativas (P≤0,00000) (GL=2) entre la hospitalización médica, enfermos que indicaron en el 65,5% estar *bastante satisfechos* y en el 31% *muy satisfechos*, y la hospitalización quirúrgica, cuyos enfermos indicaron en el 39,4% estar *bastante satisfechos* y en el 54,5% *muy satisfechos* (tabla 9.A.).

V=0,26082 y *CC*=0,25238 [con la variable *'satisfacción'* sin agrupar: *V*=0,28076 y *CC*=0,27031].

Tiempo que han pasado ingresados

Las personas que han estado ingresadas de 1 a 4 días se repartieron al 50% (sin respuestas a otros niveles de satisfacción) entre *bastante* y *muy satisfechas*; las que pasaron ingresadas de 5 a 10 días estaban situadas en su mayor proporción (68,4%) en *muy satisfechas*; de 11 a 20 días (76,2%) y de 21 a 30 días (50%) en *bastante satisfechas*; y de 31 a 180 días (66,7%) en *muy satisfechas* (tabla 10.A.). Las diferencias fueron significativas (P≤0,00000) (GL=8).

V=0,38553 y *CC*=0,47869 [con esta variable y la *'satisfacción'* sin agrupar: *V*=0,40706 y *CC*=0,57623].

¿Habían sido tratados ya en este hospital antes de esta hospitalización?

Existieron diferencias significativas entre las respuestas (P≤0,00000) (GL=6), que se repartieron en sus mayores porcentajes, para las personas que no habían estado nunca (52,4%) o las que habían estado en urgencias (66,7%) en *muy satisfechas*; las que habían estado en consultas externas al 50% (sin respuestas a otros niveles de satisfacción) entre *bastante* y *muy satisfechas*; y las que ya habían estado hospitalizadas (60%) en *bastante satisfechas* (tabla 11.A.).

V=0,23797 y *CC*=0,31896 [con la variable *'satisfacción'* sin agrupar: *V*=0,19430 y *CC*=0,31896].

¿Habían estado hospitalizados aquí, pernoctando, en otras ocasiones?

Las diferencias fueron significativas (P≤0,00000) (GL=6), repartiéndose las proporciones mayores de la siguiente forma: personas que no habían estado hospitalizadas nunca respondieron el 54,2% estar *muy satisfechas*; las que habían estado una vez el 63,2% afirmaron estar *bastante satisfechas*; si habían estado dos veces el 60% estuvieron *muy satisfechas* y si habían estado tres o más el 66,7% estuvieron *bastante satisfechas* (tabla 12.A.).

V=0,25586 y *CC*=0,34026 [con la variable *'satisfacción'* sin agrupar: *V*=0,22831 y *CC*=0,36773].

¿Han estado hospitalizados alguna vez en otro hospital?

Los que no lo han estado, respondieron el 65,6% hallarse *bastante satisfechos* y el 31,3% *muy satisfechos*; y los que sí lo han estado respondieron hallarse el 36,7% *bastante satisfechos* y el 56,7% *muy satisfechos* (tabla 13.A.); siendo estas diferencias significativas (P≤0,00000) (GL=2).

V=0,29000 y *CC*=0,27852 [con la variable *'satisfacción'* sin agrupar: *V*=0,30800 y *CC*=0,29435].

Ayuda necesitada

Quienes no necesitaron ayuda declararon estar mayoritariamente (62,5%) *muy satisfechos*; quienes necesitaron poca (87,5%), alguna (62,5%) o mucha (42,9%) ayuda, se declararon *bastante satisfechos* (tabla 14.A.). Las diferencias fueron significativas (P≤0,00000) (GL=6).

V=0,37957 y *CC*=0,47296 [con la variable *'satisfacción'* sin agrupar: *V*=0,30992 y *CC*=0,47296].

Necesidad del tiempo pasado en el hospital

Hubo diferencias significativas (P≤0,00000) (GL=4) entre quien consideró que estuvo menos (57,1%) o más (80%) tiempo del necesario, que respondió estar *bastante satisfecho*, y quien consideró que estuvo el tiempo necesario, que respondió en la misma proporción (48%) a *bastante* y *muy satisfecho* (tabla 15.A.).

V=0,17457 y *CC*=0,23969 [con la variable *'satisfacción'* sin agrupar: *V*=0,20988 y *CC*=0,28454].

Ser tenidos en cuenta

Las personas que creían que nunca se tuvieron en cuenta sus preguntas, opiniones y necesidades respondieron, en su mayor porcentaje (80%), estar *bastante satisfechas*; se repartieron en iguales porcentajes entre *bastante* y *muy satisfechas* las que creían que se las tuvo en cuenta a veces (42,9%) y las que opinaban que siempre (48,7%); y las que creían que fue casi siempre, se sintieron *bastante satisfechas* el 54,5% (tabla 16.A.); siendo estas diferencias significativas (P≤0,00000) (GL=6).

V=0,18696 y *CC*=0,25562 [con esta variable y la *'satisfacción'* sin agrupar: *V*=0,22768 y *CC*=0,36686].

Adecuación de horarios de visitas

La mayor proporción de las personas que tildaron la adecuación de los horarios de visitas como mal (50%), normal (75%) y bien (52,9%) estaban *bastante satisfechas*, y las que la valoraron como muy bien (70%) estaban *muy satisfechas* (tabla 17.A.). Las diferencias fueron significativas ($P \leq 0,00000$) (GL=6).

V=0,28830 y *CC*=0,37755 [con esta variable y la *'satisfacción'* sin agrupar: *V*=0,38577 y *CC*=0,55557].

Estado actual

Las personas que se encontraron al alta peor que cuando entraron, respondieron en igual porcentaje (50%, y sin respuestas a otros niveles de satisfacción) estar *poco* o *bastante satisfechas*; las que se encontraron igual (66,7%) o mejor (50,9%) respondieron en su mayor porcentaje que están *bastante satisfechas* (tabla 18.A.). Las diferencias fueron significativas ($P \leq 0,00000$) (GL=4).

V=0,28286 y *CC*=0,37141 [con la variable *'satisfacción'* sin agrupar: *V*=0,34806 y *CC*=0,44163].

5.3.3.4. Satisfacción y datos de ingreso y alta

Forma de ingresar

Existieron diferencias significativas entre las respuestas (P=0,00039) (GL=2), que se situaron en sus mayores porcentajes, tanto para urgencias (50%) como para otras formas (55,6%), en *bastante satisfechas* (tabla 19.A.).

V=0,14527 y *CC*=0,14376 [con esta variable y la *'satisfacción'* sin agrupar: *V*=0,15321 y *CC*=0,25649].

Tiempo que han estado en lista de espera

Quienes estuvieron en ella de 1 a 15 días (52,6%) o de 16 a 30 días (100%) se situaron en su mayor proporción en *bastante satisfechas*; y quienes estuvieron de 31 a 90 días (100%) o de 91 a 365 días (66,7%) lo hicieron en *muy satisfechas* (tabla 20.A.); siendo estas diferencias significativas ($P \leq 0,00000$) (GL=6).

V=0,15558 y *CC*=0,21488 [con esta variable y la *'satisfacción'* sin agrupar: *V*=0,21672 y *CC*=0,29303].

Opinión sobre el tiempo en lista de espera

Habíamos comentado en el apartado del análisis estadístico univariante que sólo contestaron a esta pregunta el 22,6% de los entrevistados. Entre los que sí respondieron, la totalidad de las personas que consideraron el tiempo en lista de espera muy largo (100%) estaban *bastante satisfechas*, la mayor proporción de quienes lo consideraron largo (71,4%) o normal (66,5%) estaban *muy satisfechas*, y quienes lo consideraron corto (66,7%) estaban *bastante satisfechas* (tabla 21.A.). Las diferencias fueron significativas (P≤0,00000) (GL=3).

V=0,44096 y *CC*=0,40347 [con la variable *'satisfacción'* sin agrupar: *V*=0,51010 y *CC*=0,45440].

Momento del ingreso

Las personas a las que les había parecido mal respondieron, en su mayor porcentaje (63,6%) estar *muy satisfechas*; a las que les pareció normal (70,8%) o bien (52,9%) respondieron *bastante satisfechas*; y a las que les pareció muy bien (70%) se sintieron *muy satisfechas* (tabla 22.A.); siendo estas diferencias significativas (P≤0,00000) (GL=6).

V=0,30671 y *CC*=0,39793 [con esta variable y la *'satisfacción'* sin agrupar: *V*=0,33052 y *CC*=0,42345].

Momento del alta

Las personas a las que les había parecido mal respondieron, en su totalidad (100%) estar *bastante satisfechas*; lo mismo respondieron, en su mayor porcentaje, aquellas a las que les pareció normal (50%) o bien (53,8%); y a las que les pareció muy bien, el 66,7% se sintieron *muy satisfechas* (tabla 23.A.); siendo estas diferencias significativas (P≤0,00000) (GL=6).

V=0,18112 y *CC*=0,24813 [con esta variable y la *'satisfacción'* sin agrupar: *V*=0,16121 y *CC*=0,26894].

5.3.3.5. Satisfacción y datos del personal médico

Competencia profesional médica

Existieron diferencias significativas entre las respuestas (P≤0,00000) (GL=4), que se situaron en sus mayores porcentajes, para quien opinaba que era mala (100%) en *poco satisfechos*; quien decía que era buena (64%) en *bastante satisfechos*; y quien decía que era muy buena (52,8%) en *muy satisfechos* (tabla 24.A.).

V=0,42683 y *CC*=0,51678 [con la variable *'satisfacción'* sin agrupar: *V*=0,52736 y *CC*=0,59784].

Frecuencia de la visita médica

Esta variable resulto ser no significativa (P=0,07312) (GL=4).

Las personas que respondieron que las visitó pocas veces se repartieron al 50% (sin respuestas a otros niveles de satisfacción) entre *bastante* y *muy satisfechas*; y las que declararon ser visitadas frecuentemente (48,7%) o muy frecuentemente (57,9%) estaban *bastante satisfechas* (tabla 25.A.).

V=0,07584 y *CC*=0,10664 [con esta variable y la *'satisfacción'* sin agrupar: *V*=0,12558 y *CC*=0,21254].

Facilidad para conseguir a su médico

Como ya dijimos en el apartado del análisis estadístico univariante, no necesitaron a su médico el 46,8% de los entrevistados.

En el resto, hubo diferencias significativas (P≤0,00000) (GL=4) entre quienes aseguraron que sólo a veces acudía su médico cuando lo necesitaban, que se repartieron prácticamente al 50% entre *poco* y *bastante satisfechas*; y quienes dijeron que acudía casi siempre (100%) o siempre (56,7%), que respondieron estar *bastante satisfechas* (tabla 26.A.).

V=0,50956 y *CC*=0,58464 [con esta variable y la *'satisfacción'* sin agrupar: *V*=0,72305 y *CC*=0,71495].

Trato humano médico

Las personas a las que les había parecido regular (66,7%) o bueno (61,9%) respondieron, en su mayor porcentaje estar *bastante satisfechas*; a las que les había parecido muy bueno (50%) se sintieron *muy satisfechas* (tabla 27.A.); siendo estas diferencias significativas (P≤0,00000) (GL=4).

V=0,26622 y *CC*=0,35235 [con esta variable y la *'satisfacción'* sin agrupar: *V*=0,43045 y *CC*=0,59772].

Entendimiento de la información

Hubo diferencias significativas (P≤0,00000) (GL=6) entre quienes aseguraron que entendían mal las explicaciones dadas, que se repartieron casi al 50% entre *bastante* y *muy satisfechos*; quienes las entendían normal (60%) y muy bien (53,8%) que resultaron estar *bastante satisfechos*; y quienes las entendían bien (54,2%), que respondieron estar *muy satisfechos* (tabla 28.A.).

V=0,17461 y *CC*=0,23973 [con esta variable y la *'satisfacción'* sin agrupar: *V*=0,19849 y *CC*=0,32512].

¿Saben el nombre de su médico?

Esta variable resultó ser no significativa (P=0,15929) (GL=2).

Los que no lo saben, respondieron el 53,3% hallarse *bastante satisfechos* y el 43,3% *muy satisfechos*; y los que sí lo saben respondieron hallarse el 50% *bastante satisfechos* y el 43,8% *muy satisfechos* (tabla 29.A.).

V=0,07027 y *CC*=0,07010 [con la variable *'satisfacción'* sin agrupar: *V*=0,12531 y *CC*=0,12434].

5.3.3.6. Satisfacción y datos del personal de enfermería

Competencia profesional de enfermería

Existieron diferencias significativas entre las respuestas ($P \leq 0{,}00000$) ($GL=4$), que se situaron en sus mayores porcentajes, para quien opinaba que era regular (66,7%) en *bastante satisfechos*; quien decía que era buena repartió sus mayores porcentajes (47,4%) entre *bastante* y *muy satisfechos*; y quien decía que era muy buena (51,4%) en *bastante satisfechos* (tabla 30.A.).

$V=0{,}16870$ y $CC=0{,}23207$ [con esta variable y la *'satisfacción'* sin agrupar: $V=0{,}21099$ y $CC=0{,}34325$].

Rapidez en acudir

Como ya dijimos en el apartado del análisis estadístico univariante, no necesitaron al personal de enfermería el 3,3% de los entrevistados.

En los que lo necesitaron, hubo diferencias significativas ($P \leq 0{,}00000$) ($GL=4$) entre quienes aseguraron que sólo a veces fueron rápidos, cuyo mayor porcentaje (63,6%) se situó en *bastante satisfechos*; quienes dijeron que frecuentemente, con el 52% en *muy satisfechos;* y quienes dijeron que muy frecuentemente, que respondieron estar *bastante satisfechos* el 58,3% (tabla 31.A.).

$V=0{,}18912$ y $CC=0{,}25837$ [con esta variable y la *'satisfacción'* sin agrupar: $V=0{,}20072$ y $CC=0{,}32838$].

Trato humano enfermería

Tanto a las personas a las que les había parecido regular (57,1%), como muy bueno (52,8%) respondieron, en su mayor porcentaje estar *bastante satisfechas*; y a las que les había parecido bueno se repartieron por igual (47,3%) entre *bastante* y *muy satisfechas* (tabla 32.A.); siendo estas diferencias significativas ($P=0{,}00003$) ($GL=4$).

$V=0{,}13205$ y $CC=0{,}18358$ [con esta variable y la *'satisfacción'* sin agrupar: $V=0{,}18983$ y $CC=0{,}31234$].

Coordinación entre el personal sanitario

Hubo diferencias significativas ($P \leq 0{,}00000$) ($GL=6$) entre quienes aseguraron que era mala, cuyo mayor porcentaje (66,7%) se situó en *poco satisfechos*; quienes dijeron que era normal (80%) en *bastante satisfechos*; y quienes dijeron que era buena (62,5%) o muy buena (66,7%) en *muy satisfechos* (tabla 33.A.).

$V=0{,}57089$ y $CC=0{,}62818$ [con esta variable y la *'satisfacción'* sin agrupar: $V=0{,}65061$ y $CC=0{,}74796$].

5.3.3.7. Satisfacción y datos de otro personal

Personal de limpieza

Existieron diferencias significativas entre las respuestas ($P \leq 0{,}00000$) ($GL=6$), que se situaron, en sus mayores porcentajes, para quienes señalaron que habían trabajado mal (71,4%), normal (87,5%) y bien (58,3%) en *bastante satisfechos*, y para quienes dijeron que lo habían hecho muy bien (69,6%) en *muy satisfechos* (tabla 34.A.).

$V=0{,}37601$ y $CC=0{,}46950$ [con esta variable y la *'satisfacción'* sin agrupar: $V=0{,}65389$ y $CC=0{,}74962$].

Personal administrativo de la planta

Como ya dijimos en el apartado del análisis estadístico univariante, no entraron en contacto con el personal administrativo de la planta el 87,1% de los entrevistados.

Entre los que sí contactaron, hubo diferencias significativas ($P \leq 0{,}00000$) ($GL=4$) entre quienes indicaron que habían trabajado normal y muy bien, que respondieron el 100% estar *bastante satisfechos*, y quienes indicaron que lo habían hecho bien, cuyos mayores porcentajes de respuestas (40,1%) se repartieron por igual en *bastante* y *muy satisfechos* (tabla 35.A.).

$V=0{,}42426$ y $CC=0{,}51450$ [con la variable *'satisfacción'* sin agrupar, V y CC son iguales a las anteriores].

Personal de radiología

También habíamos dicho ya, en el apartado del análisis estadístico univariante, que no tuvieron contacto con el personal de radiología el 30,6% de los entrevistados.

Entre los que sí lo tuvieron, hubo diferencias significativas ($P \leq 0,00000$) ($GL=4$) entre las respuestas de quienes valoraron que habían trabajado normal (60,0%) y bien (65,4%) que respondieron mayoritariamente estar *bastante satisfechos*, y quienes valoraron que lo habían hecho muy bien con un 66,7% de *muy satisfechos* (tabla 36.A.).

$V=0,23415$ y $CC=0,31435$ [con la variable *'satisfacción'* sin agrupar, V y CC son iguales a las anteriores].

5.3.3.8. Satisfacción y datos del entorno

Estado de la habitación

La mayor proporción de las personas que consideraron que la habitación estuvo de limpia y confortable: mal (60%), normal (90,9%) o bien (50%) estaban *bastante satisfechas* y quienes consideraron que estuvo muy bien (72,2%) estaban *muy satisfechas* (tabla 37.A.). Las diferencias fueron significativas ($P \leq 0,00000$) ($GL=6$).

$V=0,36453$ y $CC=0,45822$ [con esta variable y la *'satisfacción'* sin agrupar: $V=0,64261$ y $CC=0,74387$].

Ambiente de la habitación

Las personas que consideraron que nunca había estado tranquila ni había existido intimidad (75%) o sólo a veces (80%), situaron sus mayores porcentajes de respuestas en *bastante satisfechos*; y quienes decían que casi siempre (53,3%) o siempre (75%) en *muy satisfechos* (tabla 38.A.); siendo estas diferencias significativas ($P \leq 0,00000$) ($GL=6$).

$V=0,38349$ y $CC=0,47674$ [con esta variable y la *'satisfacción'* sin agrupar: $V=0,37968$ y $CC=0,54945$].

Alimentación

Hubo diferencias significativas ($P \leq 0,00000$) ($GL=6$) entre quienes señalaron que la comida fue mala (80%), normal (56,3%) y buena (60,7%), situando sus mayores porcentajes de respuestas en *bastante satisfechos*; y quienes dijeron que fue muy buena, con el 84,6% en *muy satisfechos* (tabla 39.A.).

$V=0,38924$ y $CC=0,48223$ [con esta variable y la *'satisfacción'* sin agrupar: $V=0,50720$ y $CC=0,65999$].

5.3.3.9. Datos generales de satisfacción

¿Se puede mejorar?

Las personas que aseguraron que no (52,6%) o que sí (52,8%) respondieron en su mayor proporción que estaban *bastante satisfechas*, y quienes dijeron que no sabían (57,1%) resultaron estar *muy satisfechas* (tabla 40.A.). Las diferencias fueron significativas ($P \leq 0,00000$) ($GL=4$).

$V=0,15091$ y $CC=0,20872$ [con la variable *'satisfacción'* sin agrupar, V y CC son iguales a las anteriores].

5.3.3.10. Desarrollo de la entrevista

Habíamos dicho en el apartado 1.3.3.8. que esta pregunta fue respondida por los encuestadores y no por los usuarios. Aquí, en el análisis bivariante, pretendemos poner en relación su satisfacción con las entrevistas obtenidas y la satisfacción de los usuarios con los servicios sanitarios.

En la tabla 41.A. vemos que cuando los encuestadores nos dicen que la entrevista fue mala (75%), normal (64,7%) o buena (63,6%), los enfermos estaban *bastante satisfechos*, y cuando nos dicen que la entrevista fue muy buena (73,7%), los enfermos estaban *muy satisfechos*. Las diferencias fueron significativas ($P \leq 0,00000$) ($GL=6$).

$V=0,35811$ y $CC=0,45180$ [con la variable *'satisfacción'* sin agrupar: $V=0,33527$ y $CC=0,50218$].

5.3.4. Análisis multivariante

5.3.4.1. Análisis factorial de componentes principales

Queríamos encontrar las variables que explicasen la satisfacción de los usuarios y, por lo tanto, que fuesen predictoras de esta satisfacción. Para ello teníamos que convertir el total de variables en algo homogéneo e interpretable.

El objetivo del *análisis factorial de componentes principales* (ACP), como ya dsijimos en el parágrafo 4.3.4.3.1., consiste en reducir la dimensión del problema y detectar cuáles son los factores de variabilidad más importantes para caracterizar la satisfacción de los usuarios.

5.3.4.1.1. Datos demográficos y socioeconómicos

Las variables incluidas en este grupo fueron las que vemos en la tabla 39.

Tabla 39. Variables demográficas y socioeconómicas (D_SE).

Variable	Etiqueta
V8	Sexo
G1	Edad en años
V49	Estado civil
V50	Nivel de estudios
V51	Ocupación
V53	Clase social
V54	Domicilio

El primer paso del análisis fue diagonalizar la matriz de correlaciones para obtener los factores. Podemos observar su inercia en la tabla 40.

Tabla 40. ACP: Extracción inicial de los factores (D_SE).

Factor	Valor propio lambda (λ)	% de la varianza	% acumulado
1	1,88127	26,9	26,9
2	1,59657	22,8	49,7
3	1,33410	19,1	68,7
4	0,80707	11,5	80,3
5	0,58157	8,3	88,6
6	0,49643	7,1	95,7
7	0,30299	4,3	100,0

Hemos retenido los tres primeros factores, que, en conjunto, contenían el 68,7% de la inercia total de los datos. Seguimos el criterio de retener los factores con el valor propio lambda (λ) mayor que la unidad.

Para facilitar la interpretación de los factores, los hemos rotado con el método *varimax*, y usamos también la *normalización de Kaiser*. Las correlaciones entre estos nuevos factores rotados y las variables están en la tabla 41.

Tabla 41. Componentes rotados. Matriz de factores (D_SE).

	Factor 1	Factor 2	Factor 3
V53	0,77231	-0,14266	-0,37638
V51	0,72545	0,00742	0,06182
V8	-0,69249	0,05979	-0,47340
G1	-0,21205	0,85810	-0,06971
V49	-0,01209	0,69304	0,31218
V50	-0,45684	-0,60334	0,39703
V54	0,01131	0,06981	0,84655

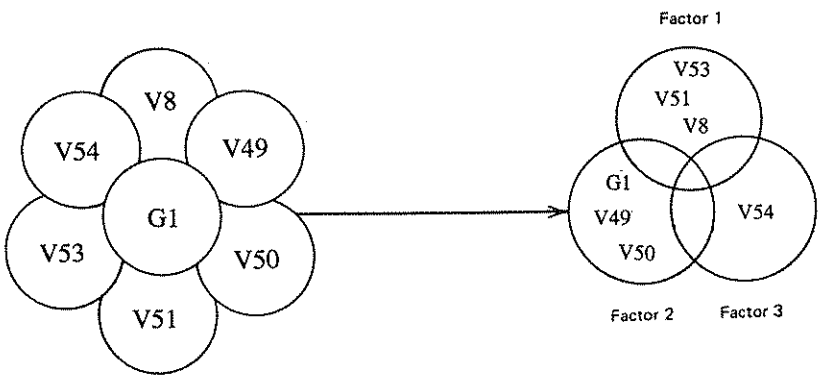
Como ya habíamos dicho en el parágrafo 4.3.4.3.1., las comunalidades de las variables se obtienen sumando los valores al cuadrado de la fila que les corresponde en la matriz de factores (tabla 41; y aunque ésta es la matriz rotada, da lo mismo, ya que las comunalidades son iguales con los componentes sin rotar que rotados). La tabla 42 nos muestra las comunalidades de estas variables.

Tabla 42. Comunalidades (D_SE).

Variable	Comunalidad
V8	0,70723
G1	0,78617
V49	0,57790
V50	0,73036
V51	0,53016
V53	0,75848
V54	0,72165

La figura 14 representa de una forma esquemática los resultados del análisis factorial de nuestras variables demográficas y socioeconómicas. Las siete variables originales han sido reducidas a tres factores.

Figura 14. Gráfico que representa las siete variables demográficas y socioeconómicas reducidas a tres factores.



5.3.4.1.2. Datos de gestión de recursos

Podemos ver las variables incluidas en este grupo en la tabla 43.

Tabla 43. Variables de gestión de recursos (GR).

Variable	Etiqueta
V17	Tipo de hospitalización
G2	Tiempo ingresado?
V18	Otros tratamientos aquí
V19	Otras hospitalizaciones aquí
V20	Hospitalizaciones en otro hospital
V22	Ayuda que necesitó
V23	Necesidad del tiempo hospitalizado
V45	¿Se le tuvo en cuenta?
V46	Visitas
V48	¿Se puede mejorar?
V56	Ahora está

Al diagonalizar la matriz de correlaciones para obtener los factores, observamos su inercia como nos la muestra la tabla 44.

Tabla 44. ACP: Extracción inicial de los factores (GR).

Factor	Valor propio lambda (λ)	% de la varianza	% acumulado
1	2,10562	19,1	19,1
2	1,41899	12,9	32,0
3	1,32394	12,0	44,1
4	1,11241	10,1	54,2
5	1,03402	9,4	63,6
6	0,93686	8,5	72,1
7	0,83338	7,6	79,7
8	0,74808	6,8	86,5
9	0,62984	5,7	92,2
10	0,57787	5,3	97,5
11	0,27899	2,5	100,0

Retuvimos los cinco primeros factores, que, en conjunto, contenían el 63,6% de la inercia total de los datos.

Al hacer la rotación *varimax*, y usar la *normalización de Kaiser*, las correlaciones entre estos nuevos factores rotados y las variables fueron como nos muestra la tabla 45.

Tabla 45. Componentes rotados. Matriz de factores (GR).

	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4	Factor 5
V18	0,83377	-0,27897	0,06131	0,09263	0,09695
V19	0,83204	-0,04156	0,01393	0,13358	0,07089
V17	-0,54757	-0,27561	-0,02902	0,42661	0,37240
V45	0,02009	0,81261	-0,09334	0,00658	0,21395
V56	-0,21023	0,61224	0,14212	0,15467	-0,12033
V22	0,14312	-0,07177	0,77191	-0,04235	-0,10622
V20	-0,06579	0,07130	0,69114	0,04506	-0,00849
V48	-0,03694	-0,03914	0,16921	-0,73396	0,32994
G2	0,18451	0,20127	0,21141	0,66856	0,22930
V46	0,01474	0,21936	-0,29625	-0,02674	0,68102
V23	-0,23662	0,40508	-0,29137	0,07860	-0,50947

Las comunalidades de las variables de este grupo las podemos observar en la tabla 46.

Tabla 46. Comunalidades (GR).

Variable	Comunalidad
V17	0,69731
G2	0,61879
V18	0,79474
V19	0,71708
V20	0,48918
V22	0,63456
V23	0,57071
V45	0,71527
V46	0,60061
V48	0,67909
V56	0,47763

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

5.3.4.1.3. Datos de ingreso y alta

Las variables incluidas en este grupo fueron las que vemos en la tabla 47.

Tabla 47. Variables de ingreso y alta (I_A).

Variable	Etiqueta
V24	Forma de ingreso
V25	Tiempo en lista de espera
V27	El ingreso le pareció
V44	El alta le pareció

La tabla 48 nos muestra la inercia de la matriz de correlaciones diagonalizada para obtener los factores.

Tabla 48. ACP: Extracción inicial de los factores (I_A).

Factor	Valor propio lambda (λ)	% de la varianza	% acumulado
1	1,49865	37,5	37,5
2	1,14910	28,7	66,2
3	0,82741	20,7	86,9
4	0,52485	13,1	100,0

Hemos retenido los dos primeros factores, que, en conjunto, contenían el 66,2% de la inercia total de los datos.

Al hacer la rotación *varimax*, y usar la *normalización de Kaiser*, las correlaciones entre estos nuevos factores rotados y las variables fueron las que están en la tabla 49.

Tabla 49. Componentes rotados. Matriz de factores (I_A).

	Factor 1	Factor 2
V24	0,85572	0,02393
V25	0,80538	0,01946
V27	-0,19373	0,79680
V44	0,25727	0,72614

Podemos observar las comunalidades de las variables de este grupo en la tabla 50.

Tabla 50. Comunalidades (I_A).

Variable	Comunalidad
V24	0,73284
V25	0,64902
V27	0,67242
V44	0,59347

5.3.4.1.4. Datos del personal médico

Podemos ver las variables incluidas en este grupo en la tabla 51.

Tabla 51. Variables del personal médico (PM).

Variable	Etiqueta
V28	Competencia profesional medicina
V29	Frecuencia visita
V31	Trato humano médico
V32	¿Entendieron explicaciones?
V33	¿Sabe el nombre?

Al diagonalizar la matriz de correlaciones para obtener los factores, observamos su inercia como nos la muestra la tabla 52.

Tabla 52. ACP: Extracción inicial de los factores (PM).

Factor	Valor propio lambda (λ)	% de la varianza	% acumulado
1	1,98709	39,7	39,7
2	1,01747	20,3	60,1
3	0,95084	19,0	79,1
4	0,78240	15,6	94,8
5	0,26219	5,2	100,0

Retuvimos los dos primeros factores, que, en conjunto, contenían el 60,1% de la inercia total de los datos.

Al hacer la rotación *varimax*, y usar la *normalización de Kaiser*, las correlaciones entre estos nuevos factores rotados y las variables fueron las que nos muestra la tabla 53.

Tabla 53. Componentes rotados. Matriz de factores (PM).

	Factor 1	Factor 2
V31	0,86984	0,13186
V28	0,86135	-0,06189
V29	0,46351	-0,03532
V32	0,35348	-0,70971
V33	0,38052	0,70378

Las comunalidades de las variables de este grupo las podemos observar en la tabla 54.

Tabla 54. Comunalidades (PM).

Variable	Comunalidad
V28	0,74575
V29	0,21609
V31	0,77400
V32	0,62863
V33	0,64009

5.3.4.1.5. Datos del personal de enfermería

Las variables incluidas en este grupo fueron las que vemos en la tabla 55.

Tabla 55. Variables del personal de enfermería (PE).

Variable	Etiqueta
V34	Competencia profesional enfermería
V35	Rapidez en acudir
V36	Trato humano enfermería
V37	Coordinación méd-enf

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

La tabla 56 nos muestra la inercia de la matriz de correlaciones diagonalizada para obtener los factores.

Tabla 56. ACP: Extracción inicial de los factores (PE).

Factor	Valor propio lambda (λ)	% de la varianza	% acumulado
1	2,44556	61,1	61,1
2	0,80735	20,2	81,3
3	0,57933	14,5	95,8
4	0,16776	4,2	100,0

Hemos retenido el primer factor, que contenía el 62,1% de la inercia total de los datos.

Al ser un solo factor, no se hace la rotación *varimax*. Usando la *normalización de Kaiser*, la correlación entre el nuevo factor y las variables fueron las que nos muestra la tabla 57.

Tabla 57. Componente. Matriz del factor (PE).

	Factor 1
V34	0,92948
V36	0,88023
V37	0,74486
V35	0,53834

Podemos observar las comunalidades de las variables de este grupo en la tabla 58.

Tabla 58. Comunalidades (PE).

Variable	Comunalidad
V34	0,86393
V35	0,28981
V36	0,77480
V37	0,55482

Al comprobar la baja comunalidad obtenida por la variable V35 (28%) y lo mal representado que estaba por el factor retenido, hemos optado por retener dos factores en vez de uno, a pesar de que solamente había un factor con el valor propio lambda (λ) mayor que la unidad, que era el criterio que habíamos seguido para retener los factores. Exponemos a continuación los resultados obtenidos en esta segunda parte.

Hemos retenido, en esta segunda valoración, los dos primeros factores, que, en conjunto, contenían el 81,3% de la inercia total de los datos.

Al hacer la rotación *varimax*, y usar la *normalización de Kaiser*, las correlaciones entre estos nuevos factores rotados y las variables fueron las que nos muestra la tabla 59.

Tabla 59. Componentes rotados. Matriz de factores (PE).

	Factor 1	Factor 2
V36	0,90781	0,09946
V34	0,90595	0,19857
V37	0,72797	0,17767
V35	0,18099	0,98206

Podemos observar las nuevas comunalidades de las variables de este grupo en la tabla 60.

Tabla 60. Comunalidades (PE).

Variable	Comunalidad
V34	0,86018
V35	0,99721
V36	0,83401
V37	0,56151

5.3.4.1.6. Datos del entorno

Podemos ver las variables incluidas en este grupo en la tabla 61.

Tabla 61. Variables del entorno (E).

Variable	Etiqueta
V38	Personal limpieza
V41	Limpieza habitación
V42	Tranquilidad habitación
V43	Comida

Al diagonalizar la matriz de correlaciones para obtener los factores, observamos su inercia como nos la muestra la tabla 62.

Tabla 62. ACP: Extracción inicial de los factores (E).

Factor	Valor propio lambda (λ)	% de la varianza	% acumulado
1	2,25357	56,3	56,3
2	0,80731	20,2	76,5
3	0,74783	18,7	95,2
4	0,19128	4,8	100,0

Retuvimos los dos primeros factores, que, en conjunto, contenían el 76,5% de la inercia total de los datos, a pesar de que solamente había un factor con el valor propio lambda (λ) mayor que la unidad, como habíamos hecho con el 'personal de enfermería'.

Al hacer la rotación *varimax*, y usar la *normalización de Kaiser*, las correlaciones entre estos nuevos factores rotados y las variables fueron las que nos muestra la tabla 63.

Tabla 63. Componentes rotados. Matriz de factores (E).

	Factor 1	Factor 2
V41	0,85081	0,32180
V38	0,79211	0,37556
V42	0,74319	-0,09911
V43	0,11977	0,94259

Las comunalidades de las variables de este grupo las podemos observar en la tabla 64.

Tabla 64. Comunalidades (E).

Variable	Comunalidad
V38	0,76848
V41	0,82743
V42	0,56216
V43	0,90282

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

5.3.4.1.7. Análisis final

Las variables incluidas en el análisis final fueron los factores que hemos ido reteniendo en los análisis previos. Los podemos ver en la tabla 65.

Tabla 65. Variables-factores del análisis final.

Variable-factor	Nombre
Factor D_SE_1	cla_ocu_se
Factor D_SE_2	eda_ci_es
Factor D_SE_3	residencia
Factor GR_1	hospital
Factor GR_2	cuen_ahora
Factor GR_3	ayu_otro
Factor GR_4	mejora_tiempoin
Factor GR_5	visitas_tiem
Factor I_A_1	admisión
Factor I_A_2	momentos
Factor PM_1	trato_prof_visi
Factor PM_2	explica_nombre
Factor PE_1	trato_prof_cordi
Factor PE_2	rapidez
Factor E_1	habi_pelim_tran
Factor E_2	alimento

La tabla 66 nos muestra la inercia de la matriz de correlaciones diagonalizada para obtener los factores.

Tabla 66. ACP: Extracción inicial de los factores del análisis final.

Factor	Valor propio lambda (λ)	% de la varianza	% acumulado
1	2,57606	16,1	16,1
2	1,92182	12,0	28,1
3	1,55981	9,7	37,9
4	1,48285	9,3	47,1
5	1,19187	7,4	54,6
6	1,09155	6,8	61,4
7	1,07733	6,7	68,1
8	0,89667	5,6	73,7
9	0,77932	4,9	78,6
10	0,74533	4,7	83,3
11	0,72896	4,6	87,8
12	0,64370	4,0	91,8
13	0,40709	2,5	94,4
14	0,38089	2,4	96,8
15	0,30833	1,9	98,7
16	0,20841	1,3	100,0

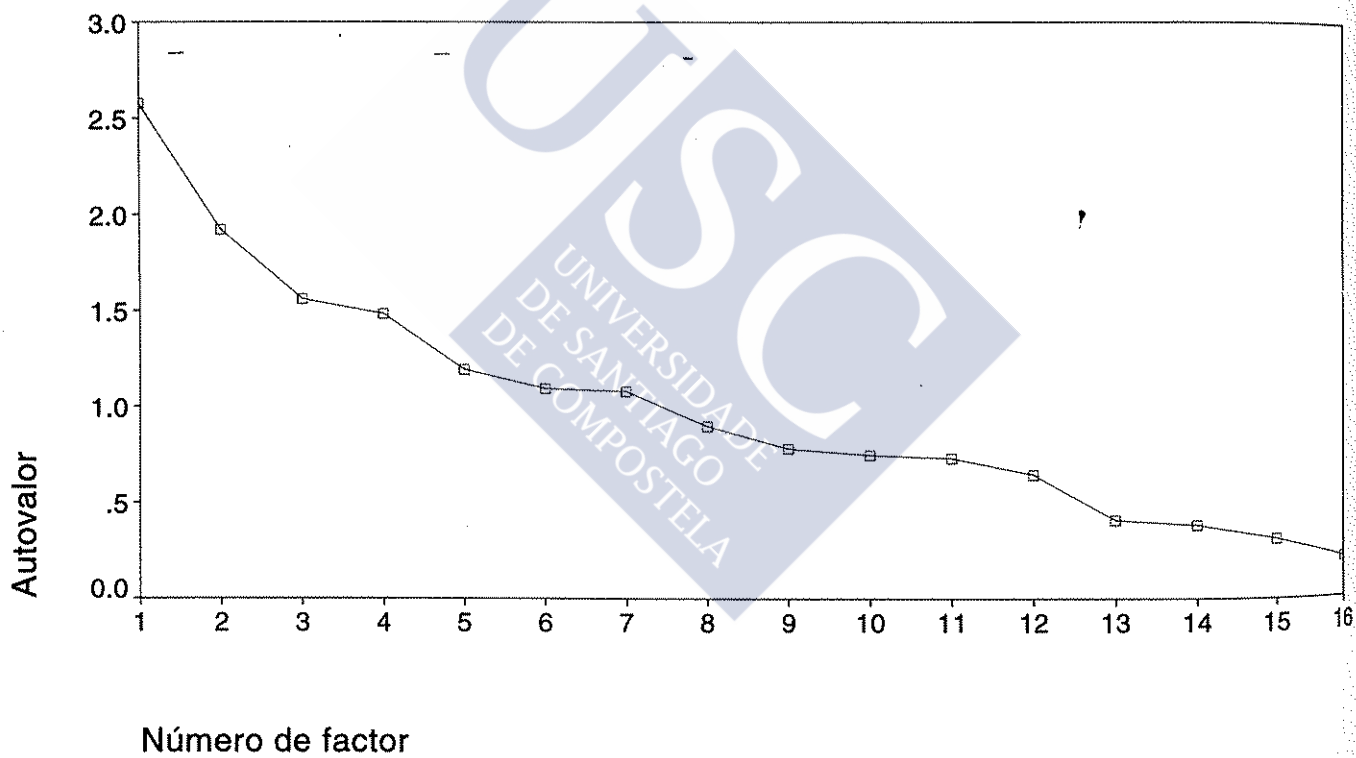
Hemos retenido los siete primeros factores, que, en conjunto, contenían el 68,1% de la inercia total de los datos.

La figura 15, que es el gráfico de sedimentación de los valores propios lambda (λ) (algunos autores lo llaman el 'gráfico de la ladera de la montaña'), donde los factores están en el eje de las abscisas y los valores propios en el de las ordenadas, muestra una caída a partir del séptimo factor que, aunque no es muy brusca, nos ayudó

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

a decidirnos por la retención de los siete primeros. A partir de los factores con valor propio inferior a uno, existe un punto de inflexión en la gráfica, así que conservamos los factores situados antes de este punto.

Figura 15. Gráfico de sedimentación de los valores propios lambda (λ) del análisis final.



Al hacer la rotación *varimax*, y usar la *normalización de Kaiser*, las correlaciones entre estos nuevos factores rotados y los componentes utilizados como variables, fueron las que nos muestra la tabla 67.

Tabla 67. Componentes rotados. Matriz de factores del análisis final.

	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4
GR_2	0,83056	0,05339	-0,08692	0,11117
PM_1	0,68473	0,24000	0,22667	-0,32103
PE_2	0,68309	-0,15521	-0,14023	0,15776
I_A_2	0,57426	0,19039	0,19054	0,20667
D_SE_1	0,48000	-0,30715	-0,12446	-0,10719
E_2	-0,01011	0,86816	-0,05654	-0,03394
PE_1	0,10877	0,70178	-0,06090	0,01174
GR_1	-0,14702	0,13909	-0,74817	0,06656
D_SE_3	-0,19012	0,15069	0,62771	0,05860
PM_2	-0,08310	-0,26149	0,55289	0,17419
E_1	0,24590	0,04836	0,29943	0,72661
GR_5	-0,00891	-0,17200	-0,13595	0,72585
D_SE_2	-0,00197	0,11889	-0,13872	0,47499
GR_4	0,07572	-0,05151	0,06069	0,06338
I_A_1	-0,01064	0,05312	0,11254	-0,01059
GR_3	-0,03661	0,01061	0,06823	0,08480

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

	Factor 5	Factor 6	Factor 7
GR_2	-0,04161	-0,05320	0,09241
PM_1	0,18379	0,12966	0,02731
PE_2	0,05512	-0,05973	-0,13964
I_A_2	-0,06619	0,01420	-0,37935
D_SE_1	0,27866	0,34037	0,20091
E_2	-0,23570	-0,04435	0,03577
PE_1	0,47114	0,08753	-0,05813
GR_1	0,10782	-0,18296	0,06168
D_SE_3	0,04704	-0,16563	0,16961
PM_2	0,37682	0,23890	-0,11946
E_1	0,11078	-0,14389	0,08559
GR_5	-0,04743	0,47995	-0,10197
D_SE_2	0,39412	-0,25016	0,23906
GR_4	0,82807	0,02517	-0,04507
I_A_1	0,02750	0,85971	0,06181
GR_3	-0,04989	0,06061	0,89176

Podemos observar las comunalidades de los componentes finales en la tabla 68.

Tabla 68. Comunalidades del análisis final.

Variable	Comunalidad
D_SE_1	0,58559
D_SE_2	0,53405
D_SE_3	0,51472
GR_1	0,65405
GR_2	0,72569
GR_3	0,81470
GR_4	0,70445
GR_5	0,81800
I_A_1	0,75938
I_A_2	0,59354
PM_1	0,73223
PM_2	0,62465
PE_1	0,74119
PE_2	0,56137
E_1	0,72073
E_2	0,81695

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

5.3.4.2. Análisis discriminante de correlación canónica

Como ya dijimos en el parágrafo 4.3.4.3.2., el objetivo principal del *método de las funciones discriminantes canónicas* (DC) consiste en la *predicción* óptima

del grupo de satisfacción (poca, bastante o mucha) al que pertenece cada persona hospitalizada en el Complejo Hospitalario Juan Canalejo.

Como ya explicamos, nos interesa conocer la precisión de las predicciones, o sea, la capacidad predictiva de este modelo, utilizando para ello, como datos, los factores que hallamos en el análisis factorial de componentes principales (ACP), en vez de las variables originales.

5.3.4.2.1. Datos demográficos y socioeconómicos

Las variables utilizadas en este grupo fueron los tres factores del ACP: D_SE_1, D_SE_2 y D_SE_3.

El análisis DC produjo dos funciones discriminantes canónicas. Las variables ordenadas por tamaño de la correlación dentro de la función (los coeficientes de las variables canónicas) se hallan en la tabla 69. Los coeficientes estandarizados de la función discriminante canónica, o sea, las ponderaciones de las variables canónicas (las correlaciones entre las variables originales y variables canónicas), están en la tabla 69-B.

Tabla 69. Variables ordenadas por tamaño de la correlación dentro de la función (D_SE).

	Función 1	Función 2
D_SE_1	0,74924	0,66229
D_SE_3	-0,65900	0,75214
D_SE_2	-0,00273	0,00820

Tabla 69-B. Coeficientes estandarizados de la función discriminante canónica (D_SE).

	Función 1	Función 2
D_SE_1	0,75215	0,65901
D_SE_3	-0,66230	0,74925

Las lambdas de Wilks fueron: para la Función 1 = 0,9756159 y para la Función 2 = 0,9921110.

El análisis dejó fuera la variable D_SE_2.

La tabla 70 nos muestra la clasificación de los resultados de la predicción de los sujetos dentro de cada uno de los tres grupos de satisfacción.

Tabla 70. Clasificación de resultados (D_SE). (n=744).

Grupo actual	Porcentaje de casos	Personas predecidas por grupo		
		Poco satisf	Bastante satisf	Muy satisf
Poco satisfech	4,8%	0	66,7%	33,3%
Bastante satisfech	51,6%	0	81,3%	18,8%
Muy satisfech	43,5%	0	77,8%	22,2%

Porcentaje de casos correctamente clasificados en su grupo: 51,6%.

Hicimos una segunda clasificación de la capacidad predictiva de este grupo de variables utilizando en vez de los tres factores demográficos y socioeconómicos del ACP, las siete variables originales demográficas y socioeconómicas.

Los resultados obtenidos han sido los que exponemos a continuación.

El análisis DC produjo dos funciones discriminantes canónicas. Los coeficientes de sus variables canónicas están en la tabla 71, las ponderaciones en la tabla 71-B.

Tabla 71. Variables ordenadas por tamaño de la correlación dentro de la función (2º D_SE).

	Función 1	Función 2
V50	0,60066	-0,20840
V49	0,24396	-0,04875
V54	-0,17721	0,07989
V51	0,44381	0,59693
V8	-0,05532	0,33710
V53	-0,11774	0,24961
G1	-0,10387	-0,11347

Tabla 71-B. Coeficientes estandarizados de la función discriminante canónica (2º D_SE).

	Función 1	Función 2
V8	-0,16869	0,94299
G1	0,22469	-0,41348
V49	0,36677	-0,04402
V50	0,98047	-0,45511
V51	0,57198	0,84119
V54	-0,46131	0,45153

Las lambdas de Wilks fueron: para la Función 1 = 0,6571003 y para la Función 2 = 0,8533010.

El análisis dejó fuera la variable V53.

La tabla 72 nos muestra la clasificación de los resultados de la predicción de los sujetos dentro de cada uno de los tres grupos de satisfacción.

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

Tabla 72. Clasificación de resultados (2º_D_SE). (n=744).

Grupo actual	Porcentaje de casos	Personas predecidas por grupo		
		Poco satisf	Bastante satisf	Muy satisf
Poco satisfech	4,8%	66,7%	33,3%	0
Bastante satisfech	51,6%	0	75,0%	25,0%
Muy satisfech	43,5%	3,7%	44,4%	51,9%

Porcentaje de casos correctamente clasificados en su grupo: 64,5%.

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

5.3.4.2.2. Datos de gestión de recursos

Las variables utilizadas en este grupo fueron los cinco factores del ACP: GR_1, GR_2, GR_3, GR_4 y GR_5.

El análisis DC produjo dos funciones discriminantes canónicas. Podemos ver los coeficientes de sus variables canónicas en la tabla 73, y las ponderaciones en la tabla 73-B.

Tabla 73. Variables ordenadas por tamaño de la correlación dentro de la función (GR).

	Función 1	Función 2
GR_2	-0,58059	-0,21688
GR_1	0,51405	-0,36617
GR_4	-0,01690	-0,01495
GR_3	0,40697	0,65487
GR_5	-0,33303	0,59713

Tabla 73-B. Coeficientes estandarizados de la función discriminante canónica (GR).

	Función 1	Función 2
GR_1	0,58744	-0,37945
GR_2	-0,65938	-0,22335
GR_3	0,46025	0,67158
GR_5	-0,38401	0,62437

Las lambdas de Wilks fueron: para la Función 1 = 0,7290958 y para la Función 2 = 0,8966710.

El análisis dejó fuera la variable GR_4.

La clasificación de los resultados de la predicción de los sujetos dentro de cada uno de los tres grupos de satisfacción la podemos ver en la tabla 74.

Tabla 74. Clasificación de resultados (GR). (n=744).

Grupo actual	Porcentaje de casos	Personas predecidas por grupo		
		Poco satisf	Bastante satisf	Muy satisf
Poco satisfech	4,8%	33,3%	66,7%	0
Bastante satisfech	51,8%	3,1%	71,9%	25,0%
Muy satisfech	43,4%	0	40,7%	59,3%

Porcentaje de casos correctamente clasificados en su grupo: 64,5%.

Hemos hecho una segunda clasificación de la capacidad predictiva de este grupo de variables uniendo a los cinco factores de gestión de recursos del ACP, los tres factores demográficos y socioeconómicos.

Los resultados obtenidos han sido los que exponemos a continuación.

El análisis DC produjo dos funciones. Podemos ver los coeficientes de sus variables canónicas en la tabla 75, y las ponderaciones en la tabla 75-B.

Tabla 75. Variables ordenadas por tamaño de la correlación dentro de la función (2º GR).

	Función 1	Función 2
GR_1	0,48614	-0,21705
GR_2	-0,48250	-0,32077
D_SE_2	-0,16495	-0,07945
D_SE_3	0,10148	0,05916
GR_3	0,28512	0,67623
GR_5	-0,35295	0,46368
D_SE_1	0,12532	-0,24517
GR_4	0,02427	-0,11679

Tabla 75-B. Coeficientes estandarizados de la función discriminante canónica (2º GR).

	Función 1	Función 2
GR_1	0,61062	-0,22599
GR_2	-0,69712	-0,23297
GR_3	0,35165	0,74046
GR_5	-0,49393	0,58721
D_SE_1	0,47214	-0,34793
D_SE_2	-0,20027	-0,22553

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

Las lambdas de Wilks fueron: para la Función 1 = 0,6781747 y para la Función 2 = 0,8780132.

El análisis dejó fuera las variables GR_4 y D_SE_3.

La clasificación de los resultados de la predicción de los sujetos dentro de cada uno de los tres grupos de satisfacción la podemos ver en la tabla 76.

Tabla 76. Clasificación de resultados (2º GR). (n=744).

Grupo actual	Porcentaje de casos	Personas predecidas por grupo		
		Poco satisf	Bastante satisf	Muy satisf
Poco satisfech	4,8%	33,3%	66,7%	0
Bastante satisfech	51,8%	3,1%	75,0%	21,9%
Muy satisfech	43,4%	0	48,1%	51,9%

Porcentaje de casos correctamente clasificados en su grupo: 62,9%.

Volvimos a hacer una tercera clasificación de la capacidad predictiva de este grupo de variables escogiendo, para unir a los cinco factores de gestión de recursos del ACP, en vez de los tres factores demográficos y socioeconómicos, las variables originales demográficas y socioeconómicas.

Los resultados obtenidos fueron los que siguen.

El análisis DC produjo dos funciones. \Podemos ver los coeficientes de sus variables canónicas en la tabla 77 y las ponderaciones en la tabla 77-B.

Tabla 77. Variables ordenadas por tamaño de la correlación dentro de la función (3º GR).

	Función 1	Función 2
V50	0,39514	-0,21665
GR_2	-0,35022	0,10272
GR_1	0,29466	0,26097
V49	0,16219	-0,06041
V54	-0,11570	0,07806
V51	0,32765	0,41695
GR_5	-0,18096	-0,39598
GR_3	0,25938	-0,38903
V8	-0,02128	0,26424
V53	-0,06380	0,08432
GR_4	0,04717	-0,07748
G1	-0,01333	0,05130

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

Tabla 77-B. Coeficientes estandarizados de la función discriminante canónica (3º GR).

	Función 1	Función 2
V8	-0,36590	0,61740
V49	0,41330	-0,04783
V50	0,55316	-0,34100
V51	0,45271	0,76362
V54	-0,59042	0,31702
GR_1	0,48955	0,10926
GR_2	-0,59793	-0,00484
GR_3	0,30383	-0,56949
GR_4	-0,13770	-0,24886
GR_5	-0,35361	-0,37400

Las lambdas de Wilks fueron: para la Función 1 = 0,4700168 y para la Función 2 = 0,7760035.

El análisis dejó fuera las variables G1 y V53.

La clasificación de los resultados de la predicción de los sujetos dentro de cada uno de los tres grupos de satisfacción la podemos ver en la tabla 78.

Tabla 78. Clasificación de resultados (3º GR). (n=744).

Grupo actual	Porcentaje de casos	Personas predecidas por grupo		
		Poco satisf	Bastante satisf	Muy satisf
Poco satisfech	4,8%	66,7%	33,3%	0
Bastante satisfech	51,8%	0	84,4%	15,6%
Muy satisfech	43,4%	0	33,3%	66,7%

Porcentaje de casos correctamente clasificados en su grupo: 75,8%.

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

5.3.4.2.3. Datos de ingreso y alta

Las variables utilizadas en este grupo fueron los dos factores del ACP: I_A_1 y I_A_2.

El análisis DC produjo dos funciones discriminantes canónicas. Los coeficientes de sus variables canónicas están en la tabla 79 y las ponderaciones en la tabla 79-B.

Tabla 79. Variables ordenadas por tamaño de la correlación dentro de la función (I_A).

	Función 1	Función 2
I_A_1	0,82528	-0,56472
I_A_2	0,55962	0,82875

Tabla 79-B. Coeficientes estandarizados de la función discriminante canónica (I_A).

	Función 1	Función 2
I_A_1	0,82877	-0,55963
I_A_2	0,56473	0,82530

Las lambdas de Wilks fueron: para la Función 1 = 0,9726793 y para la Función 2 = 0,9928048.

El análisis no dejó fuera ninguna variable.

Podemos observar la clasificación de los resultados de la predicción de los sujetos dentro de cada uno de los tres grupos de satisfacción en la tabla 80.

Tabla 80. Clasificación de resultados (I_A). (n=744).

Grupo actual	Porcentaje de casos	Personas predecidas por grupo		
		Poco satisf	Bastante satisf	Muy satisf
Poco satisfech	4,9%	0	100,0%	0
Bastante satisfech	51,7%	0	84,4%	15,6%
Muy satisfech	43,4%	0	70,4%	29,6%

Porcentaje de casos correctamente clasificados en su grupo: 56,5%.

Hemos hecho una segunda clasificación de la capacidad predictiva de este grupo de variables uniendo a los dos factores de ingreso y alta del ACP, los tres factores demográficos y socioeconómicos.

Los resultados obtenidos han sido los que exponemos a continuación.

El análisis DC produjo dos funciones discriminantes canónicas. Los coeficientes de sus variables canónicas están en la tabla 81 y las ponderaciones en la tabla 81-B.

Tabla 81. Variables ordenadas por tamaño de la correlación dentro de la función (2º I_A).

	Función 1	Función 2
I_A_1	0,55312	-0,31409
D_SE_2	0,40061	-0,25072
D_SE_3	-0,22022	0,60819
D_SE_1	-0,37081	-0,50921
I_A_2	0,38596	0,42554

Tabla 81-B. Coeficientes estandarizados de la función discriminante canónica (2º I_A).

	Función 1	Función 2
I_A_1	0,69328	-0,25150
I_A_2	0,45741	0,48949
D_SE_1	-0,53388	-0,52827
D_SE_2	0,49045	-0,27448
D_SE_3	-0,20683	0,61640

Las lambdas de Wilks fueron: para la Función 1 = 0,9324279 y para la Función 2 = 0,9745783.

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

El análisis no dejó fuera ninguna variable.

Podemos observar la clasificación de los resultados de la predicción de los sujetos dentro de cada uno de los tres grupos de satisfacción en la tabla 82.

Tabla 82. Clasificación de resultados (2º I_A). (n=744).

Grupo actual	Porcentaje de casos	Personas predecidas por grupo		
		Poco satisf	Bastante satisf	Muy satisf
Poco satisfech	4,9%	0	66,7%	33,3%
Bastante satisfech	51,7%	0	65,6%	34,4%
Muy satisfech	43,4%	0	66,7%	33,3%

Porcentaje de casos correctamente clasificados en su grupo: 48,4%.

Volvimos a hacer una tercera clasificación de la capacidad predictiva de este grupo de variables escogiendo, para unir a los dos factores de ingreso y alta del ACP, en vez de los tres factores demográficos y socioeconómicos, las variables originales demográficas y socioeconómicas.

Los resultados obtenidos fueron los que siguen.

El análisis DC produjo dos funciones discriminantes canónicas. Los coeficientes de sus variables canónicas están en la tabla 83 y las ponderaciones en la tabla 83-B.

Tabla 83. Variables ordenadas por tamaño de la correlación dentro de la función (3º I_A).

	Función 1	Función 2
V50	0,52467	-0,32576
V51	0,47956	0,46270
V49	0,21749	-0,09869
I_A_1	-0,21617	0,03784
V54	-0,15254	0,11335
G1	-0,10902	-0,08372
V8	-0,00942	0,32779
V53	-0,08812	0,25892
I_A_2	-0,10219	-0,20327

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

Tabla 83-B. Coeficientes estandarizados de la función discriminante canónica (3º I_A).

	Función 1	Función 2
V8	-0,05238	0,91018
G1	0,15873	-0,39715
V49	0,29618	-0,15260
V50	0,86692	-0,60504
V51	0,72917	0,74069
V54	-0,38581	0,50620
I_A_1	-0,27494	-0,04122
I_A_2	-0,28950	-0,28389

Las lambdas de Wilks fueron: para la Función 1 = 0,6246728 y para la Función 2 = 0,8403075.

El análisis dejó fuera la variable V53.

Podemos observar la clasificación de los resultados de la predicción de los sujetos dentro de cada uno de los tres grupos de satisfacción en la tabla 84.

Tabla 84. Clasificación de resultados (3º I\A). (n=744).

Grupo actual	Porcentaje de casos	Personas predecidas por grupo		
		Poco satisf	Bastante satisf	Muy satisf
Poco satisfech	4,9%	66,7%	33,3%	0
Bastante satisfech	51,7%	3,1%	78,1%	18,8%
Muy satisfech	43,4%	3,7%	40,7%	55,6%

Porcentaje de casos correctamente clasificados en su grupo: 67,7%.

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

5.3.4.2.4. Datos del personal médico

Las variables utilizadas en este grupo fueron los dos factores del ACP: PM_1 y PM_2.

El análisis DC produjo una sola función discriminante canónica. Podemos ver los coeficientes de sus variables canónicas en la tabla 85 y las ponderaciones en la tabla 85-B.

Tabla 85. Variables ordenadas por tamaño de la correlación dentro de la función (PM).

	Función 1
PM_1	1,00000
PM_2	0,00023

Tabla 85-B. Coeficiente estandarizado de la función discriminante canónica (PM).

	Función 1
PM_1	1,00000

La lambda de Wilks fue: Función 1 = 0,9639298.

El análisis dejó fuera la variable PM_2.

La tabla 86 nos muestra la clasificación de los resultados de la predicción de los sujetos dentro de cada uno de los tres grupos de satisfacción.

Tabla 86. Clasificación de resultados (PM). (n=744).

Grupo actual	Porcentaje de casos	Personas predecidas por grupo		
		Poco satisf	Bastante satisf	Muy satisf
Poco satisfech	4,7%	0	66,7%	33,3%
Bastante satisfech	51,7%	0	62,5%	37,5%
Muy satisfech	43,6%	0	51,9%	48,1%

Porcentaje de casos correctamente clasificados en su grupo: 53,2%.

Hemos hecho una segunda clasificación de la capacidad predictiva de este grupo de variables uniendo a los dos factores del personal médico del ACP, los tres factores demográficos y socioeconómicos.

Los resultados obtenidos han sido los que exponemos a continuación.

El análisis DC produjo dos funciones. Podemos ver los coeficientes de sus variables canónicas en la tabla 87 y las ponderaciones en la tabla 87-B.

Tabla 87. Variables ordenadas por tamaño de la correlación dentro de la función (2º PM).

	Función 1	Función 2
PM_1	0,71689	0,12819
D_SE_3	-0,14661	-0,74724
D_SE_1	-0,31527	0,56107
D_SE_2	0,30488	0,34406
PM_2	-0,04317	-0,11299

Tabla 87-B. Coeficientes estandarizados de la función discriminante canónica (2º PM).

	Función 1	Función 2
D_SE_1	-0,60805	0,57768
D_SE_2	0,39159	0,34397
D_SE_3	-0,11545	-0,75408
PM_1	0,93736	-0,04645

Las lambdas de Wilks fueron: para la Función 1 = 0,9157685 y para la Función 2 = 0,9819074.

El análisis dejó fuera la variable PM_2.

La tabla 88 nos muestra la clasificación de los resultados de la predicción de los sujetos dentro de cada uno de los tres grupos de satisfacción.

Tabla 88. Clasificación de resultados (2º PM). (n=744).

Grupo actual	Porcentaje de casos	Personas predecidas por grupo		
		Poco satisf	Bastante satisf	Muy satisf
Poco satisfech	4,7%	0	100,0%	0
Bastante satisfech	51,7%	0	75,0%	25,0%
Muy satisfech	43,6%	0	55,6%	44,4%

Porcentaje de casos correctamente clasificados en su grupo: 58,1%.

Volvimos a hacer una tercera clasificación de la capacidad predictiva de este grupo de variables escogiendo, para unir a los dos factores del personal médico del ACP, en vez de los tres factores demográficos y socioeconómicos, las variables originales demográficas y socioeconómicas.

Los resultados obtenidos fueron los que siguen.

El análisis DC produjo dos funciones.\Podemos ver los coeficientes de sus variables canónicas en la tabla 89 y las ponderaciones en la tabla 89-B.

Tabla 89. Variables ordenadas por tamaño de la correlación dentro de la función (3º PM).

	Función 1	Función 2
V50	0,46148	-0,37711
V51	0,45867	0,41688
PM_1	-0,29483	-0,08441
V49	0,19306	-0,11992
V54	-0,13326	0,12830
G1	-0,10323	-0,07327
V8	0,00732	0,32918
V53	0,05914	0,23641
PM_2	0,11228	-0,18839

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

Tabla 89-B. Coeficientes estandarizados de la función discriminante canónica (3º PM).

	Función 1	Función 2
V8	0,01715	0,91674
G1	0,09709	-0,50723
V49	0,37366	-0,13515
V50	0,83618	-0,74072
V51	0,70683	0,68153
V53	0,25919	-0,02946
V54	-0,33118	0,53440
PM_1	-0,57056	-0,23471

Las lambdas de Wilks fueron: para la Función 1 = 0,5946080 y para la Función 2 = 0,8413852.

El análisis dejó fuera la variable PM_2.

La tabla 90 nos muestra la clasificación de los resultados de la predicción de los sujetos dentro de cada uno de los tres grupos de satisfacción.

Tabla 90. Clasificación de resultados (3º PM). (n=744).

Grupo actual	Porcentaje de casos	Personas predecidas por grupo		
		Poco satisf	Bastante satisf	Muy satisf
Poco satisfech	4,7%	66,7%	33,3%	0
Bastante satisfech	51,7%	0	78,1%	21,9%
Muy satisfech	43,6%	0	33,3%	66,7%

Porcentaje de casos correctamente clasificados en su grupo: 72,6%.

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

5.3.4.2.5. Datos del personal de enfermería

Las variables utilizadas en este grupo fueron los dos factores del ACP: PE_1 y PE_2.

El análisis DC produjo dos funciones discriminantes canónicas. Podemos ver los coeficientes de sus variables canónicas en la tabla 91 y las ponderaciones en la tabla 91-B.

Tabla 91. Variables ordenadas por tamaño de la correlación dentro de la función (PE).

	Función 1	Función 2
PE_1	0,89672	-0,44261
PE_2	0,41261	0,91091

Tabla 91-B. Coeficientes estandarizados de la función discriminante canónica (PE).

	Función 1	Función 2
PE_1	0,91141	-0,41284
PE_2	0,44285	0,89721

Las lambdas de Wilks fueron: para la Función 1 = 0,9061216 y para la Función 2 = 0,9936726.

El análisis no dejó fuera ninguna variable.

La clasificación de los resultados de la predicción de los sujetos dentro de cada uno de los tres grupos de satisfacción la podemos ver en la tabla 92.

Tabla 92. Clasificación de resultados (PE). (n=744).

Grupo actual	Porcentaje de casos	Personas predecidas por grupo		
		Poco satisf	Bastante satisf	Muy satisf
Poco satisfech	4,7%	0	66,7%	33,3%
Bastante satisfech	51,8%	0	68,8%	31,3%
Muy satisfech	43,5%	0	48,1%	51,9%

Porcentaje de casos correctamente clasificados en su grupo: 58,1%.

Hemos hecho una segunda clasificación de la capacidad predictiva de este grupo de variables uniendo a los dos factores del personal de enfermería del ACP, los tres factores demográficos y socioeconómicos.

Los resultados obtenidos han sido los que exponemos a continuación.

El análisis DC produjo dos funciones. Podemos ver los coeficientes de sus variables canónicas en la tabla 93 y las ponderaciones en la tabla 93-B.

Tabla 93. Variables ordenadas por tamaño de la correlación dentro de la función (2º PE).

	Función 1	Función 2
PE_1	0,82528	-0,17762
D_SE_2	0,17774	0,00572
D_SE_1	-0,15805	0,72393
D_SE_3	-0,21139	-0,58951
PE_2	0,36974	0,55828

Tabla 93-B. Coeficientes estandarizados de la función discriminante canónica (2º PE).

	Función 1	Función 2
D_SE_1	-0,33590	0,64651
D_SE_3	-0,23240	-0,54915
PE_1	0,87757	-0,16101
PE_2	0,46936	0,32179

Las lambdas de Wilks fueron: para la Función 1 = 0,8798849 y para la Función 2 = 0,9810810.

El análisis dejó fuera la variable D_SE_2.

La clasificación de los resultados de la predicción de los sujetos dentro de cada uno de los tres grupos de satisfacción la podemos ver en la tabla 94.

Tabla 94. Clasificación de resultados (2º PE). (n=744).

Grupo actual	Porcentaje de casos	Personas predecidas por grupo		
		Poco satisf	Bastante satisf	Muy satisf
Poco satisfech	4,7%	0	100,0%	0
Bastante satisfech	51,8%	0	68,8%	31,3%
Muy satisfech	43,5%	0	51,9%	48,1%

Porcentaje de casos correctamente clasificados en su grupo: 56,5%.

Volvimos a hacer una tercera clasificación de la capacidad predictiva de este grupo de variables escogiendo, para unir a los dos factores del personal de enfermería del ACP, en vez de los tres factores demográficos y socioeconómicos, las variables originales demográficas y socioeconómicas.

Los resultados obtenidos fueron los que siguen.

El análisis DC produjo dos funciones. Podemos ver los coeficientes de sus variables canónicas en la tabla 95 y las ponderaciones en la tabla 95-B.

Tabla 95. Variables ordenadas por tamaño de la correlación dentro de la función (3° PE).

	Función 1	Función 2
V50	0,41865	-0,34662
PE_1	-0,38323	-0,05052
V49	0,17388	-0,10626
V54	-0,12154	0,11996
G1	-0,08838	-0,08388
V51	0,38962	0,46621
V8	-0,00457	0,33772
V53	0,04412	0,24716
PE_2	-0,03869	0,20945

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

Tabla 95-B. Coeficientes estandarizados de la función discriminante canónica (3º PE).

	Función 1	Función 2
V8	0,08520	0,96206
G1	0,24600	-0,45300
V49	0,50821	-0,09401
V50	0,91210	-0,66292
V51	0,59732	0,70409
V53	0,31424	-0,01224
V54	-0,25288	0,54526
PE_1	-0,71650	-0,13236

Las lambdas de Wilks fueron: para la Función 1 = 0,5526817 y para la Función 2 = 0,8480324.

El análisis dejó fuera la variable PE_2.

La clasificación de los resultados de la predicción de los sujetos dentro de cada uno de los tres grupos de satisfacción la podemos ver en la tabla 96.

Tabla 96. Clasificación de resultados (3º PE). (n=744).

Grupo actual	Porcentaje de casos	Personas predecidas por grupo		
		Poco satisf	Bastante satisf	Muy satisf
Poco satisfech	4,7%	66,7%	33,3%	0
Bastante satisfech	51,8%	0	68,8%	31,3%
Muy satisfech	43,5%	0	44,4%	55,6%

Porcentaje de casos correctamente clasificados en su grupo: 62,9%.

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

5.3.4.2.6. Datos del entorno

Las variables utilizadas en este grupo fueron los dos factores del ACP: E_1 y E_2.

El análisis DC produjo dos funciones discriminantes canónicas. Los coeficientes de sus variables canónicas están en la tabla 97 y las ponderaciones en la tabla 97-B.

Tabla 97. Variables ordenadas por tamaño de la correlación dentro de la función (E).

	Función 1	Función 2
E_1	0,73562	-0,67740
E_2	0,51410	0,85773

Tabla 97-B. Coeficientes estandarizados de la función discriminante canónica (E).

	Función 1	Función 2
E_1	0,87594	-0,52502
E_2	0,69178	0,75123

Las lambdas de Wilks fueron: para la Función 1 = 0,6229998 y para la Función 2 = 0,9783433.

El análisis no dejó fuera ninguna variable.

Podemos observar la clasificación de los resultados de la predicción de los sujetos dentro de cada uno de los tres grupos de satisfacción en la tabla 98.

Tabla 98. Clasificación de resultados (E). (n=744).

Grupo actual	Porcentaje de casos	Personas predecidas por grupo		
		Poco satisf	Bastante satisf	Muy satisf
Poco satisfech	4,8%	0	100,0%	0
Bastante satisfech	51,8%	0	84,4%	15,6%
Muy satisfech	43,4%	0	25,9%	74,1%

Porcentaje de casos correctamente clasificados en su grupo: 75,8%.

Hemos hecho una segunda clasificación de la capacidad predictiva de este grupo de variables uniendo a los dos factores del entorno del ACP, los tres factores demográficos y socioeconómicos.

Los resultados obtenidos han sido los que exponemos a continuación.

El análisis DC produjo dos funciones discriminantes canónicas. Los coeficientes de sus variables canónicas están en la tabla 99 y las ponderaciones en la tabla 99-B.

Tabla 99. Variables ordenadas por tamaño de la correlación dentro de la función (2° E).

	Función 1	Función 2
E_1	0,69877	-0,60367
D_SE_2	0,20462	-0,09142
E_2	0,49965	0,52853
D_SE_3	-0,03858	-0,50192
D_SE_1	-0,11558	0,32891

Tabla 99-B. Coeficientes estandarizados de la función discriminante canónica (2° E).

	Función 1	Función 2
D_SE_1	0,03391	0,51085
D_SE_3	-0,29631	-0,50466
E_1	0,90088	-0,39977
E_2	0,72647	0,63828

Las lambdas de Wilks fueron: para la Función 1 = 0,5914331 y para la Función 2 = 0,9584642.

El análisis dejó fuera la variable D_SE_2.

Podemos observar la clasificación de los resultados de la predicción de los sujetos dentro de cada uno de los tres grupos de satisfacción en la tabla 100.

Tabla 100. Clasificación de resultados (2° E). (n=744).

Grupo actual	Porcentaje de casos	Personas predecidas por grupo		
		Poco satisf	Bastante satisf	Muy satisf
Poco satisfech	4,8%	0	100,0%	0
Bastante satisfech	51,8%	0	87,5%	12,5%
Muy satisfech	43,4%	0	25,9%	74,1%

Porcentaje de casos correctamente clasificados en su grupo: 77,4%.

Volvimos a hacer una tercera clasificación de la capacidad predictiva de este grupo de variables escogiendo, para unir a los dos factores del entorno del ACP, en vez de los tres factores demográficos y socioeconómicos, las variables originales demográficas y socioeconómicas.

Los resultados obtenidos fueron los que siguen.

El análisis DC produjo dos funciones discriminantes canónicas. Los coeficientes de sus variables canónicas están en la tabla 101 y las ponderaciones en la tabla 101-B.

Tabla 101. Variables ordenadas por tamaño de la correlación dentro de la función (3º E).

	Función 1	Función 2
E_1	-0,55699	-0,39917
E_2	-0,42498	0,12120
V51	0,34690	0,21609
G1	-0,07584	-0,03086
V49	0,06941	-0,04038
V50	0,26241	-0,47146
V8	0,04061	0,28238
V53	0,03033	0,27462
V54	-0,07366	0,15293

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

Tabla 101-B. Coeficientes estandarizados de la función discriminante canónica (3º E).

	Función 1	Función 2
V8	0,00177	0,73928
G1	0,48620	-0,51625
V50	0,60389	-0,94332
V51	0,40689	0,31185
V54	0,05973	0,58079
E_1	-0,74127	-0,37021
E_2	-0,77346	0,21941

Las lambdas de Wilks fueron: para la Función 1 = 0,4239960 y para la Función 2 = 0,8079314.

El análisis dejó fuera las variables V49 y V53.

Podemos observar la clasificación de los resultados de la predicción de los sujetos dentro de cada uno de los tres grupos de satisfacción en la tabla 102.

Tabla 102. Clasificación de resultados (3º E). (n=744).

Grupo actual	Porcentaje de casos	Personas predecidas por grupo		
		Poco satisf	Bastante satisf	Muy satisf
Poco satisfech	4,8%	66,7%	33,3%	0
Bastante satisfech	51,8%	0	84,4%	15,6%
Muy satisfech	43,4%	0	25,9%	74,1%

Porcentaje de casos correctamente clasificados en su grupo: 79,0%.

5.3.4.2.7. Análisis final

Hemos llevado a cabo dos agrupaciones distintas de todos los datos para hacer el análisis final: una, utilizando de variables todos los factores, como tales, de los cinco grupos de datos del ACP, más los datos del grupo demográfico y socioeconómico, y otra cuyas variables fueron los siete factores finales del análisis final del ACP.

Análisis final con los factores de los grupos

Hicimos una primera clasificación de la capacidad predictiva de la satisfacción de los usuarios por nuestras variables utilizando los siguientes factores del ACP: los cinco de gestión de recursos (GR_1, GR_2, GR_3, GR_4 y GR_5), los dos de ingreso y alta (I_A_1 y I_A_2), los dos del personal médico (PM_1 y PM_2), los dos del personal de enfermería (PE_1 y PE_2) y los dos del entorno (E_1 y E_2).

Como en los análisis DC de los grupos anteriores, en esta primera parte, dejamos fuera los datos del grupo demográfico y socioeconómico.

El análisis DC produjo dos funciones discriminantes canónicas. Los coeficientes de sus variables canónicas están en la tabla 103 y las ponderaciones en la tabla 103-B.

Tabla 103. Variables ordenadas por tamaño de la correlación dentro de la función (AF_FG).

	Función 1	Función 2
E_1	0,46850	0,45957
E_2	0,36506	-0,09052
PE_1	0,24826	-0,10701
GR_1	-0,24391	-0,10488
PM_1	0,17373	-0,00381
GR_3	-0,11142	0,57109
GR_2	0,22097	-0,31804
GR_5	0,18913	0,31713
PE_2	0,09016	-0,22961
I_A_2	0,07330	0,14731
GR_4	-0,01914	0,11108
I_A_1	0,10591	-0,10626
PM_2	-0,00077	0,07612

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

Tabla 103-B. Coeficiente estandarizado de la función discriminante canónica (AF_FG).

	Función 1	Función 2
GR_1	-0,69731	0,07427
GR_2	0,16202	-0,66917
GR_3	-0,34149	0,67261
GR_4	-0,16874	-0,00764
GR_5	0,30076	0,29457
I_A_1	0,18852	-0,26925
I_A_2	-0,45584	0,35730
PM_1	0,01768	0,36815
PM_2	-0,27719	0,05352
PE_1	0,42407	-0,18494
PE_2	0,19168	-0,14702
E_1	0,76287	0,39272
E_2	0,61947	-0,00367

Las lambdas de Wilks fueron: para la Función 1 = 0,3656482 y para la Función 2 = 0,8189639.

El análisis no dejó fuera ninguna variable.

La tabla 104 nos muestra la clasificación de los resultados de la predicción de los sujetos dentro de cada uno de los tres grupos de satisfacción.

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

Tabla 104. Clasificación de resultados (AF_FG). (n=744).

Grupo actual	Porcentaje de casos	Personas predecidas por grupo		
		Poco satisf	Bastante satisf	Muy satisf
Poco satisfech	4,8%	100,0%	0	0
Bastante satisfech	51,6%	3,1%	84,4%	12,5%
Muy satisfech	43,5%	0	18,5%	81,5%

Porcentaje de casos correctamente clasificados en su grupo: 83,9%.

Hemos hecho una segunda clasificación de la capacidad predictiva, uniendo a todos los factores anteriores del ACP, los tres factores demográficos y socioeconómicos.

Los resultados obtenidos han sido los que exponemos a continuación.

El análisis DC produjo dos funciones. Podemos ver los coeficientes de sus variables canónicas en la tabla 105 y las ponderaciones en la tabla 105-B.

Tabla 105. Variables ordenadas por tamaño de la correlación dentro de la función (2° AF_FG).

	Función 1	Función 2
E_1	0,44856	0,43619
E_2	0,34822	-0,09344
PE_1	0,23667	-0,10744
GR_1	-0,23313	-0,09729
PM_1	0,16583	-0,00654
GR_3	-0,10470	0,55346
GR_2	0,21002	-0,31084
GR_5	0,18146	0,30321
PE_2	0,08540	-0,22327
D_SE_3	-0,04008	0,20187
I_A_2	0,07040	0,14108
GR_4	-0,01795	0,10760
I_A_1	0,10080	-0,10438
D_SE_2	0,07300	-0,08331
PM_2	-0,00052	0,07353
D_SE_1	-0,01034	-0,02661

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

Tabla 105-B. Coeficientes estandarizados de la función discriminante canónica (2º AF_FG).

	Función 1	Función 2
GR_1	-0,72868	0,06813
GR_2	0,04310	-0,66029
GR_3	-0,30668	0,69130
GR_4	-0,20884	0,03814
GR_5	0,24008	0,30896
I_A_1	0,17527	-0,29665
I_A_2	-0,44899	0,32597
PM_1	0,01087	0,32093
PM_2	-0,22058	0,03931
PE_1	0,47329	-0,13485
PE_2	0,22031	-0,09767
E_1	0,87268	0,41609
E_2	0,64311	-0,00030
D_SE_2	-0,08154	-0,28191
D_SE_3	-0,33426	0,00965

Las lambdas de Wilks fueron: para la Función 1 = 0,3425011 y para la Función 2 = 0,8084586.

El análisis dejó fuera la variable D_SE_1.

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

La tabla 106 nos muestra la clasificación de los resultados de la predicción de los sujetos dentro de cada uno de los tres grupos de satisfacción.

Tabla 106. Clasificación de resultados (2º AF_FG). (n=744).

Grupo actual	Porcentaje de casos	Personas predecidas por grupo		
		Poco satisf	Bastante satisf	Muy satisf
Poco satisfech	4,8%	100,0%	0	0
Bastante satisfech	51,6%	3,1%	87,5%	9,4%
Muy satisfech	43,5%	0	25,9%	74,1%

Porcentaje de casos correctamente clasificados en su grupo: 82,3%.

Volvimos a hacer una tercera clasificación de la capacidad predictiva, uniendo a todos los factores anteriores del ACP, las variables originales demográficas y socioeconómicas, en vez de los tres factores demográficos y socioeconómicos.

Los resultados obtenidos fueron los que siguen.

El análisis DC produjo dos funciones. Podemos ver los coeficientes de sus variables canónicas en la tabla 107 y las ponderaciones en la tabla 107-B.

Tabla 107. Variables ordenadas por tamaño de la correlación dentro de la función (3º AF_FG).

	Función 1	Función 2
E_2	0,32326	-0,00114
V51	-0,24607	0,22323
PE_1	0,22162	0,03031
GR_1	-0,20945	0,11387
GR_2	0,20605	0,17938
PM_1	0,15228	-0,02740
G1	0,09896	-0,07119
V49	-0,09409	-0,09286
E_1	0,39215	-0,39526
GR_3	-0,12009	-0,37138
V50	-0,22200	-0,27918
GR_5	0,15312	-0,24959
PE_2	0,00514	0,21482
V8	-0,01429	0,20755
GR_4	0,00563	-0,12065
V53	0,03336	0,11743
I_A_2	0,05838	-0,11342
V54	0,06348	0,09289
PM_2	-0,00368	-0,05193
I_A_1	0,02059	0,02137

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

Tabla 107-B. Coeficientes estandarizados de la función discriminante canónica (3º AF_FG).

	Función 1	Función 2
GR_1	-0,69360	-0,12142
GR_2	0,25175	0,57261
GR_3	-0,30794	-0,58845
GR_5	0,42666	-0,03271
I_A_2	-0,40861	-0,31519
PM_1	0,10656	-0,23824
PM_2	-0,03475	0,26039
PE_1	0,44894	-0,01911
E_1	0,55249	-0,49740
E_2	0,61023	0,05948
V8	0,25006	0,68481
V49	-0,46319	-0,23259
V50	-0,42603	-0,44474
V51	-0,19803	0,50580
V54	0,17806	0,63409

Las lambdas de Wilks fueron: para la Función 1 = 0,2622993 y para la Función 2 = 0,6815832.

El análisis dejó fuera las variables GR_4, I_A_1, PE_2, G1 y V53.

La tabla 108 nos muestra la clasificación de los resultados de la predicción de los sujetos dentro de cada uno de los tres grupos de satisfacción.

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

Tabla 108. Clasificación de resultados (3° AF_FG). (n=744).

Grupo actual	Porcentaje de casos	Personas predecidas por grupo		
		Poco satisf	Bastante satisf	Muy satisf
Poco satisfech	4,8%	100,0%	0	0
Bastante satisfech	51,6%	0	84,4%	15,6%
Muy satisfech	43,5%	0	18,5%	81,5%

Porcentaje de casos correctamente clasificados en su grupo: 83,3%.

Análisis final con los factores finales del ACP

Hicimos la clasificación de la capacidad predictiva de la satisfacción de los usuarios por los siete factores finales del ACP. Aquí los datos del grupo demográfico y socioeconómico están incluidos en los factores.

El análisis DC produjo dos funciones discriminantes canónicas. Los coeficientes de sus variables canónicas están en la tabla 109 y las ponderaciones en la tabla 109-B.

Tabla 109. Variables ordenadas por tamaño de la correlación dentro de la función (AF_FF).

	Función 1	Función 2
FIN_2	0,54693	-0,29034
FIN_4	0,51015	0,41808
FIN_6	0,16348	-0,09562
FIN_5	-0,11993	-0,08084
FIN_7	-0,08266	0,59990
FIN_3	0,25107	0,44015
FIN_1	0,25996	-0,40543

Tabla 109-B. Coeficientes estandarizados de la función discriminante canónica (AF_FF).

	Función 1	Función 2
FIN_1	0,37862	-0,41559
FIN_2	0,71725	-0,26799
FIN_3	0,36574	0,45128
FIN_4	0,67702	0,39051
FIN_5	-0,18154	-0,08613
FIN_6	0,24584	-0,10120
FIN_7	-0,12243	0,62538

Las lambdas de Wilks fueron: para la Función 1 = 0,6102270 y para la Función 2 = 0,9311402.

El análisis no dejó fuera ninguna variable.

Podemos observar la clasificación de los resultados de la predicción de los sujetos dentro de cada uno de los tres grupos de satisfacción en la tabla 110.

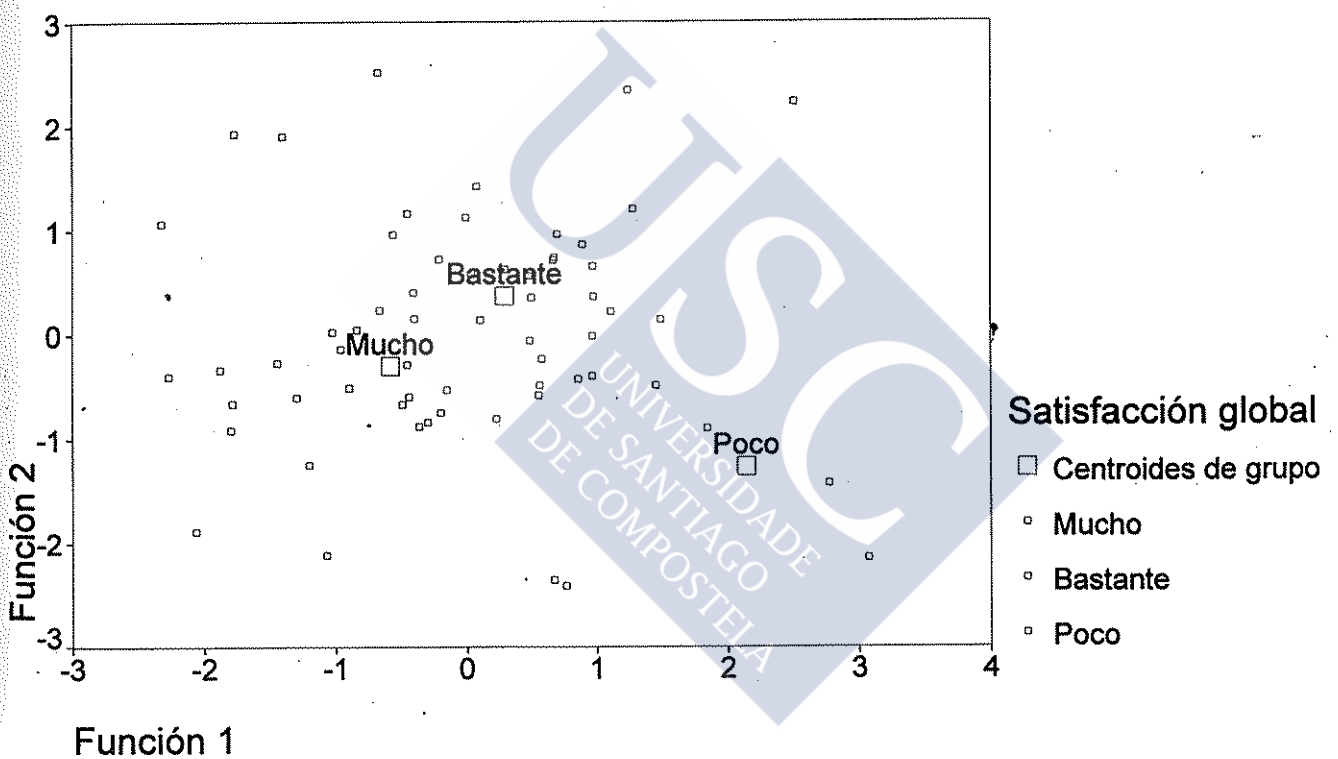
Tabla 110. Clasificación de resultados (AF_FF). (n=744).

Grupo actual	Porcentaje de casos	Personas predecidas por grupo		
		Poco satisf	Bastante satisf	Muy satisf
Poco satisfech	4,8%	33,3%	33,3%	33,3%
Bastante satisfech	51,6%	0	78,1%	21,9%
Muy satisfech	43,5%	0	18,5%	81,5%

Porcentaje de casos correctamente clasificados en su grupo: 77,4%.

La figura 16, que es el gráfico de las funciones discriminantes canónicas de este análisis final, muestra los cercanos que están los centroides del grupo *mucho* y del grupo *bastante* con respecto a los centroides del grupo *poco*, el cual, por otro lado, cuenta con menos efectivos.

Figura 16. Gráfico de las funciones discriminantes canónicas.



USC
UNIVERSIDADE
DE SANTIAGO
DE COMPOSTELA

6. DISCUSIÓN

6.1. Discusión de los *métodos*

6.1.1. Diseño de la investigación

Para estudiar la *influencia* de los factores etiológicos (variables independientes o controladas) sobre la característica que queremos estudiar (variable dependiente: la satisfacción de los usuarios), hemos utilizado una de las dos estrategias básicas del método científico: la investigación *no experimental (observacional)*. Gran parte de la investigación epidemiológica se realiza con estudios de observación.

Los *estudios de observación* se pueden clasificar en *transversales* y *longitudinales*. Estos estudios sólo permiten dar interpretaciones causales cuando se demuestra la comparabilidad de los sujetos en todos aquellos aspectos que puedan estar relacionados con la variable dependiente (resultado, efecto u *outcome*); el diseño de los estudios de casos y controles y, especialmente, el de los estudios de cohortes, facilita el análisis y el control de esta comparabilidad. No obstante, las conclusiones causales en investigación no experimental siempre están expuestas a ser rebatidas en cualquier momento, ya que es muy difícil controlar todas las posibles variables que puedan influir en el resultado final.

Los *estudios transversales ('cross-sectional studies')* observan, en un determinado momento, tanto las variables dependientes (en este caso la satisfacción) como las variables independientes (factores que influyen en la satisfacción) de un grupo de sujetos. Por este motivo, los resultados obtenidos en esos estudios pocas veces permiten realizar inferencias causales, ya que si se observa la presencia de un *factor* en un sujeto *enfermo* es difícil saber si ha sido la *causa* o el *efecto* de la enfermedad. En nuestro caso, al no ser un estudio sobre factores etiológicos *(causas)* y enfermedad *(efecto)*, sino sobre factores que influyen positivamente o negativamente en la satisfacción de los usuarios con los servicios sanitarios (estudio de gestión sanitaria), es más fácil saber

cuál es la causa de la satisfacción, e identificar problemas y necesidades, para poder llevar luego a cabo una planificación sanitaria en función de ello[465,466].

En esta medida simultánea de las variables independientes y dependientes radica también la principal ventaja de este tipo de estudios: sus costes disminuyen de forma importante; y hay que tener siempre presente la relación coste/beneficio.

6.1.2. Método de muestreo

El objetivo del muestreo aleatorio estratificado es mejorar la precisión de las estimaciones, lo que permite disminuir el número de sujetos necesarios para tener una precisión análoga a la del muestreo aleatorio simple, aunque realmente nosotros hicimos una determinación del tamaño muestral válida para un muestreo aleatorio simple.

Para mejorar la precisión de la estimación es necesario que la población esté dividida en estratos relativamente homogéneos, de manera que la varianza del carácter a estudiar sea más pequeña dentro de cada estrato que dentro de la población; la ganancia debida a la estratificación aumenta a medida que se construyen estratos más homogéneos; así, pocos casos son suficientes para tener una buena estimación de sus parámetros. Nosotros, al estratificar por servicios, hemos homogeneizado las variables que queríamos saber cómo incidían en la satisfacción (el equipo médico, de enfermería, auxiliares, alimentación, ambiente de la sala, etc., son los mismos para cada servicio).

La estratificación permite que los 'sucesos raros' (en nuestro caso: los servicios con muy pocos ingresos y altas) estén también representados en la muestra; el muestreo aleatorio simple no garantiza dicha representación.

Si el muestreo fuese no proporcional, los estratos más pequeños que entrasen en él estarían sobrerrepresentados, por eso es mejor hacer las submuestras proporcionales; además, éstas pueden ser analizadas estadísticamente como muestras aleatorias simples, lo cual es más sencillo y rápido.

6.1.3. Método de tratamiento de la no respuesta

Aunque hemos dicho en el parágrafo 4.2.2.3. que los errores por falta de respuesta comportan casi siempre un *sesgo* porque generalmente no se producen por azar ya que estos sujetos tienen características diferentes de los que contestan, también hemos dicho allí que, cuando la probabilidad de respuesta es la misma para todos los sujetos, se podía solventar el problema de las *no respuestas* aumentando el tamaño de la muestra. Al hacer nuestras entrevistas 'al alta', en principio era de esperar una proporción baja de no respuestas por ausencia. De todos modos cabía suponer que las no respuestas por ausencia (exceptuando así las que lo fuesen por rechazo), serían debidas a que esas personas, como no habían sido avisadas de las entrevistas, se habrían marchado para sus domicilios en cuanto alguien de la familia llegó a recogerlas, y no a que estaban más insatisfechas con la atención recibida y por eso no quisieron responder. En base a esto, aumentamos el número de individuos de la muestra.

Por otro lado, el *sondeo complementario* es la forma más *limpia* de reducir la *no respuesta*. No se necesitan supuestos: se intenta entrevistar siempre a la misma persona, a la que teníamos que hacerlo pero que hemos *perdido* por algún motivo. Los otros métodos (olvidarse de esos individuos y de esas entrevistas, sustituirlos por otros, duplicar los datos, hacer correcciones estadísticas, etc.) se basan en la aceptación por el investigador del riesgo del sesgo causado por un método en particular[329].

La no respuesta se puede reducir mediante esfuerzos persistentes de los entrevistadores y motivando a los que no responden para que lo hagan.

En el caso de encuestas realizadas mediante entrevistas personales, el *sondeo complementario* se hace yendo a los domicilios o llamando por teléfono. Si se consigue contactar por teléfono, la llamada se puede utilizar para obtener los datos ya o para acordar un día y una hora en la que realizar la entrevista personal. La elección que se tome suele estar en función de los recursos materiales y humanos, y de otro recurso importante que a veces olvidamos: el tiempo. Nosotros, debido a los recursos económicos y humanos, optamos por realizar estas entrevistas por teléfono y recoger así ya sus respuestas.

6.1.4. Validez del cuestionario

Como ya hemos dicho en el parágrafo 4.3.2.1., un estudio no puede ser válido (generalizable; validez externa) si las medidas que se utilizaron en él no fueron válidas (validez interna).

Una encuesta de satisfacción con un alto grado de validez interna, es generalizable en gran medida. En otras ocasiones, por ejemplo en estudios sobre la eficacia de intervenciones médicas o de programas, la generalización de los resultados es más delicada, pero como no es el caso de nuestro estudio, nosotros le dimos más importancia a la validez interna que a la externa. Por eso nos hemos centrado en ella analizando la validez de contenido y la validez patente.

Como elaboramos nuestro cuestionario a partir de otros que ya estaban validados, no entramos a evaluar las valideces de criterio y de construcción. Es complejo hacerlo, no siempre es posible y, en nuestro caso, ya estaba hecho en varios de los cuestionarios que nos habían servido de base.

6.1.5. Fiabilidad del cuestionario

Expusimos ya en el parágrafo 4.3.2.2., que había varias formas de evaluar la fiabilidad:

* Estimación de medidas repetidas o examen-reexamen: Al haber definido en el diseño del estudio 'hacer las entrevistas al alta', no pudimos utilizar este método para la valoración. En parte porque los enfermos se iban del hospital y no teníamos recursos para volver a entrevistar a los mismos más tarde en su casa. Y en parte porque, por el tipo de cuestionario (de satisfacción), era muy probable que durante el reexamen influyesen distintas motivaciones en las respuestas que 'al alta', o sea, que se daría un *cambio real* en las percepciones de los motivos de satisfacción o insatisfacción por parte de los usuarios y hemos preferido su valoración más cercana a la estancia hospitalaria (también hacemos referencia a estos *tiempos* en el parágrafo 4.3.2.5.).

* Estimación de versiones equivalentes: Como dijimos, es muy difícil disponer de dos medidas equivalentes y, por lo tanto, es un método poco utilizado en el caso de escalas complejas, que era el de nuestro cuestionario.

* Estimación de la división en dos mitades: También dijimos que este método es útil cuando una gran cantidad de *ítems* están midiendo un único atributo, por lo cual hemos optado por él.

Utilizamos, además, por su potencia:

* Coeficiente alfa o coeficiente de Chronbach.

* Coeficiente de Guttman.

* Coeficiente paralelo.

6.1.6. Cuestionario

Hemos tenido en cuenta lo que dicen diversos autores: "El logro de estándares de validez y fiabilidad requiere tiempo y esfuerzo, lo que representa una poderosa razón para la utilización de escalas ya existentes"[356], por eso elaboramos nuestro cuestionario basándonos en otros ya existentes, pero añadiéndoles parámetros que no tenían o estaban incompletos, y adaptándolos a nuestra realidad hospitalaria.

Como punto central de la escala optamos por utilizar el término *normal*, en vez del habitual *regular*, por considerar, al igual que otros autores[275], que, coloquialmente, la palabra *regular* tiene connotaciones peyorativas y, por lo tanto, limita la escala a dos polos: el positivo (muy bien y bien) y el negativo (muy mal, mal y regular).

Era fundamental que el cuestionario fuese anónimo, y se le insistía en ello a los usuarios, dado que se ha demostrado en varios estudios que el hecho de identificarse influía en las respuestas dadas, ya que la gente contestaba con mayor libertad si no tenía que dar su nombre ni otros datos que pudiesen identificarla. En estudios en los que se pudieron comparar ambos niveles de participación y, por lo tanto, de respuestas, se constató que la insatisfacción resultó ser mayor en los cuestionarios respondidos anónimamente[467,468,275].

6.1.7. Generación y recodificación de variables

Aquí la originalidad ha consistido en intentar *organizarnos* con la clase social y con el lugar de residencia.

Clase social: El ambiente social tiene una enorme importancia, tanto en la investigación como en la práctica clínica, interviniendo de distintas formas[397,395,469]:

a) Condiciona una serie de hábitos, actitudes, creencias, etc., que se relacionan con el hecho de enfermar. Por ejemplo, los niveles sociales bajos generalmente tienen una menor tasa de cobertura vacunal, acuden con menos frecuencia a los servicios con una actitud preventiva (vigilancia del embarazo, exámenes periódicos...), suelen mostrar un perfil de factores de riesgo desfavorables (pulmonares, coronarios...), etc. En ocasiones, la pertenencia a una clase social desfavorecida es la clave para el diagnóstico clínico, como es el caso de ciertas enfermedades laborales o infecciosas.

b) Condiciona el marco en el que se produce el encuentro clínico. El contacto del paciente con el sistema sanitario varía de acuerdo con la clase social. Por lo tanto, el conocimiento de la clase social del paciente ayuda al clínico a mejorar su comunicación con él.

c) Condiciona la efectividad del tratamiento y el pronóstico. Por ejemplo, el grado de cumplimiento terapéutico suele ser inferior en los pacientes de niveles sociales bajos, lo que obligaría a tomar medidas suplementarias (explicaciones más extensas, citaciones periódicas más frecuentes, etc.) con objeto de reducir las desigualdades en salud. En ocasiones, el pronóstico desfavorable de algunas enfermedades en ciertos grupos sociales resulta obvio.

En nuestro caso, con respecto a la satisfacción de los usuarios, nos interesa la clase social, sobre todo, por lo que acabamos de decir en los apartados *b* (mientras están en el hospital) y *c* (cuando ya se van de alta para sus casas).

La OMS, en su política de salud para Europa, tiene como primer objetivo la reducción de las desigualdades en salud. A pesar de ello, en España existen muy pocos estudios sobre este tema y no se ha establecido ningún sistema de vigilancia que permita

valorar sus tendencias. Es urgente el desarrollo de acuerdos a nivel estatal para poder elaborar un sistema de indicadores que permita la vigilancia de la evolución de estas desigualdades y valore la efectividad de nuestro actual sistema sanitario[470].

Hoy por hoy en España no se suele utilizar la variable *clase social*, ni existe un acuerdo sobre su codificación, y quizá sea esto una pescadilla que se muerde la cola, cuyo resultado es que nuestra producción científica trabajando este área es un 250% inferior a la media mundial[395]. Nuestra situación, de ausencia de estadísticas sanitarias por clase social, supone limitaciones graves que transcienden el ámbito de la investigación científica. Nuestros hospitales y nuestros centros de salud tienen políticas, programas, protocolos y acciones para vigilar y reducir la frecuencia de infección hospitalaria, de hipertensión arterial..., pero no para hacer disminuir el gradiente por clase social que presenta la mortalidad, o para hacer más equitativo el uso efectivo de los servicios[471].

En España, la situación se puede resumir de la siguiente manera[395]: *a)* los indicadores de clase social existentes se usan de manera muy limitada; *b)* existe una gran variabilidad en el tipo de indicadores utilizados; *c)* esa diversidad de indicadores utilizados dificulta la comparabilidad de las investigaciones; y *d)* los indicadores usados presentan una utilidad reducida como instrumentos de análisis y planificación.

Los esfuerzos pioneros desarrollados a principios de los ochenta, con la puesta en marcha de sistemas de información sanitaria donde se incluían diversos indicadores de nivel socioeconómico[415], o la propuesta de una clasificación de la clase social[397], no han tenido una continuación en la producción de información sanitaria. En base a todo esto, desde la Sociedad Española de Epidemiología y la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria, se ha hecho una propuesta relativa a la medida de la clase social en ciencias de la salud, que tiene por objeto hacer un llamamiento a otras sociedades científicas, instituciones y profesionales, para que se cree una corriente de opinión favorable a la inclusión de estas variables en las estadísticas sanitarias y en los estudios de investigación clínica y epidemiológica. Respondiendo a esta llamada, hemos decidido utilizar en nuestro estudio esta variable, codificándola según las recomendaciones de estos autores[395].

Lugar de residencia: Es otra variable importante siempre, pero especialmente en Galicia, dado que aún existe lo que algunos autores denominaron *simbiosis*[472,473] entre donde se vive y se trabaja (personas que trabajan en la ciudad y también en el campo o mar; hay un gran *sector simbiótico* en nuestra población: campesino-industrial, campesino-marinero, campesino-marinero-industrial, campesino-comerciante...), y dado que influye en la clase social.

Como ya dijimos en el parágrafo 4.3.2.4., trabajando en equipo con gente del Instituto Nacional de Estadística y del Instituto Galego de Estatística, elaboramos una codificación que vimos que se adaptaba más a nuestra *actual* realidad gallega socio-demográfica. Dado que el lugar en donde vivimos condiciona nuestros estilos o modos de vida y nuestras expectativas, y eso influye sobre nuestras satisfacciones e insatisfacciones, consideramos oportuno separar de las demás las dos ciudades más grandes.

6.1.8. Problemas para medir la satisfacción de los usuarios

A la dificultad para definir el término satisfacción, aunque ahora hay ya mucho consenso sobre él, hay que añadir la dificultad para hallar los parámetros mediante los cuales podamos medirla. Y a esto, añadir las *prevenciones*, aún existentes, de muchos investigadores ante todo lo que sea *medida cualitativa* y no cuantitativa.

Creemos que, a estas alturas, el binomio cuantitativo/cualitativo no tiene sentido como dicotomía[474], y nos remitimos a otros autores que lo enuncian muy bien:

"Para enfocar de manera adecuada la disyuntiva entre información cuantitativa y cualitativa, vamos a asumir que la realidad por la cual estamos interesados sólo nos permite una aproximación, más o menos certera, pero no total, a su conocimiento. Asumamos también que cada realidad, por simple que parezca, presenta varias facetas que, en conjunto, pueden ofrecernos una idea de la totalidad. Podemos, por tanto, plantearnos la utilización de distintos métodos de acercamiento a estos distintos aspectos. La diferenciación entre información cuantitativa y cualitativa, en cuanto a paradigmas, metodologías y técnicas, no se entiende así como enfrentamiento, sino como complementariedad en el objetivo común de conocer la realidad. No cabe duda

de que ambos acercamientos, cuantitativo y cualitativo, son diferentes. Es precisamente esta distinción la que confiere una mayor potencia a la complementariedad de ambos. Los inconvenientes de uno se fortalecen con las ventajas del otro y viceversa.

Podemos identificar algunas de las características de cada aproximación utilizando un ejemplo. Supongamos que un científico se interesa por conocer el mar. Toma varias muestras de agua marina, en distintas épocas y lugares, y mide la temperatura, separa los diferentes componentes, aísla los elementos químicos de los productos biológicos y determina su composición. Para completar su estudio, lleva a cabo el mismo proceso con muestras de agua dulce, compara los resultados y establece las diferencias. De esta manera, y si ha sido riguroso, nuestro científico dispone de una serie de mediciones exactas, no sesgadas, que le han proporcionado datos numéricos, cuyo análisis estadístico ha dado lugar a resultados generalizables. La comparación con un grupo control confiere una mayor potencia a sus hallazgos. Se podría decir que cualquier otro científico llegaría a los mismos resultados si siguiera los mismos pasos. El investigador ha sido muy cuidadoso en el control de aquellos factores *extraños* que pudieran interferir en sus determinaciones, y especialmente en los que dependen de su propia observación, manteniendo en todo momento la independencia entre el observador y lo observado. En definitiva, consideraría todo un éxito si su estudio pudiera merecer el calificativo de *objetivo*.

Sin embargo, nuestro protagonista sospecha que el mar no es sólo lo que arrojan los resultados de su estudio. Desea conocer otras facetas de esa realidad, cada vez más apasionante. Decide sumergirse en el mar, dispuesto a anotar todas las experiencias que el baño le proporcione. Nota así que el agua moja su piel, que se mueve con las olas, que resulta agradablemente tibia, y que estas sensaciones le parecen placenteras y relajantes. Probablemente esta experiencia, difícil de describir, no sería la misma para otro científico que intentara proceder del mismo modo. ¿Será el hidrógeno o el oxígeno el responsable de esta sensación? Realmente, esa no es la cuestión. La cuestión es que así ha podido comprender mejor lo que es el mar. Nuestro científico ha accedido a una información rica y detallada, obtenida en las condiciones reales y concretas en las que ocurre el fenómeno. Para comprender mejor sus hallazgos

tendríamos que conocer un poco más de cerca a nuestro científico, ya que se encuentra inmerso en el propio objeto de su investigación y nos refiere sus experiencias, con la perspectiva del que está implicado en esa realidad. Necesitaríamos saber algo más de las circunstancias en las que se ha desarrollado su baño, con qué experiencias previas contaba, cuáles eran sus expectativas. En definitiva, elementos del contexto dentro del cual se sitúa su estudio, un contexto al cual no sólo no pretende substraerse, sino que resulta esencial para comprender el tipo de información cualitativa que nos ofrece"[98].

6.1.9. Método de recogida de datos

Analizamos en el parágrafo 4.3.2.5. las posibilidades que existían, ahora lo haremos con la opción que tomamos:

§ *Encuesta por correo:* El cuestionario postal nos hubiese supuesto una proporción de no respuestas muy elevada, dada la población a la que va dirigido y el número de preguntas que tiene.

§ *Encuesta por teléfono:* La entrevista telefónica, en nuestro caso, partía ya de un *sesgo*: limitaba la población a estudiar a aquella que tenía teléfono; además, el número de preguntas la hacía inviable, y también la hacían los recursos económicos de que disponíamos.

§ *Encuesta por entrevista personal:* Optamos por ésta por sus ventajas para la obtención de los datos, ya que contábamos con cuatro entrevistadores disponibles y debidamente entrenados. Entre la entrevista *al alta* en el propio hospital y la entrevista *a posteriori* en el domicilio del usuario, nos decidimos por la primera para evitar el *sesgo de memoria* que se puede producir al pasar un cierto tiempo entre el alta y la entrevista, y el olvido de datos o circunstancias afectaría a la valoración de la atención recibida (como ya dijimos en el parágrafo 4.3.2.5.), a la larga los usuarios recuerdan, sobre todo, que los han curado y olvidan los detalles (factores) que les produjeron insatisfacción o satisfacción, que es, precisamente, lo que nos interesa saber a nosotros. Al ser cuando ya se va el usuario del hospital, se siente también más libre para opinar sobre los cuidados recibidos; mientras está hospitalizado podría no decir lo que realmente piensa porque puede creer que sus opiniones afectarían a los servicios que

se le iban a prestar después (o no prestar, si la valoración fuese negativa). Por otro lado, algunos autores han reseñado ya otro problema en las encuestas por entrevista en el domicilio, añadido al sesgo de memoria, al elevado coste de los encuestadores y al descenso en las proporciones de respuesta, que es la mayor preocupación de la población por los extraños y por su seguridad personal, lo cual dificulta el acceso de los encuestadores al hogar de las personas a las que tienen que entrevistar[475,159].

Ante temas y preguntas controvertidas, generalmente las entrevistas personales tienen proporciones de no respuesta más bajas que cualquier otro método. Por ejemplo, determinadas encuestas sobre viajes, tuvieron una proporción de no respuesta de un 7,3% al realizarse por entrevista personal, de un 10% al hacerlas por teléfono y de un 16% al utilizar el correo; las encuestas sobre hábitos de fumar tuvieron una proporción de no respuesta del 8% al hacerse mediante entrevista personal y de un 10% al hacerse por teléfono.

También dijimos allá que el método escogido suele estar siempre limitado por los recursos existentes, materiales y humanos, y que en nuestro caso, además, estaba limitado por el amplio número de preguntas del cuestionario. La longitud del cuestionario no sólo afecta al porcentaje de no respuestas, sino también al procedimiento de encuestación a emplear. Cuestionarios largos y complejos pueden necesitar la entrevista personal, mientras que los cortos y sencillos se pueden realizar por correo. También en una encuesta telefónica, el número de categorías de las preguntas debe ser menor que en una encuesta por entrevista personal.

6.1.10. Período de recogida de las preguntas

Señalamos en el parágrafo 4.2.1. que fueron entrevistadas personas dadas de alta entre el 4 de marzo y el 3 de abril de 1996. Intentamos dejar un espacio desde las vacaciones de Navidad y acabar antes de las de Semana Santa porque los turnos distintos durante las vacaciones, cubiertos muchas veces por personal contratado temporalmente o *sustitutos*, probablemente provocarían un cambio en el trato y, por lo tanto, en la satisfacción de los usuarios.

6.2. Discusión de los *resultados*

6.2.1. Fiabilidad del cuestionario

* División en dos mitades: Si tenemos en cuenta que el índice de correlación *óptimo* (máxima puntuación) es 1, consideramos óptimo el *coeficiente de fiabilidad* de la correlación entre formas que hemos obtenido; al realizar la corrección de Spearman-Browm, se mantuvo este resultado óptimo. Y prácticamente podemos afirmar lo mismo del coeficiente de la división por la mitad, de Guttman, con su 0,9917 como resultado. La alfa lograda en esta prueba fue muy buen coeficiente, dado su valor de 0,8426 (habíamos afirmado en el parágrafo 4.3.2.2., hablando de estos coeficientes, que, en general, valores mayores de 0,75 representan una 'excelente concordancia').

* Coeficiente alfa de fiabilidad o coeficiente α de Chronbach: Como ya dijimos, para este coeficiente, así como para el de Kuder-Richardson, diversos autores proponen el valor orientativo de 0,80 como nivel mínimo aceptable para considerarlos indicativos de una excelente reproductibilidad. Nosotros hemos obtenido una α=0,8423 por lo que nos encontramos dentro de la *excelencia.*

* Coeficiente de Guttman: Las λ_2=0,9959, λ_4=0,9917 y λ_5=0,9504 están cercanas a 1. Y λ_3=0,8722 y λ_1=0,8099 están por encima de 0,75, incluso de 0,80. Volvimos a conseguir aquí buenos resultados.

* Coeficiente paralelo: siendo su 'estimador insesgado de la fiabilidad' de 0,8833 y su 'fiabilidad estimada de la escala' de 0,8722, hemos obtenido un elevado índice de correlación.

Resultados, por otro lado, esperables, teniendo en cuenta que trabajamos con cuestionarios previos de los cuales estaba analizada ya su fiabilidad. De todos modos fue importante comprobar que la readaptación a nuestro medio llevada a cabo, no había provocado pérdida de fiabilidad en el cuestionario.

6.2.2. Entrevistas personales y telefónicas y *no respuesta*

Un resultado de 0, tanto en el χ^2 como en cualquier otro coeficiente, indica ausencia de relación o asociación entre las variables estudiadas; esto unido a que el

grado de significación obtenido (P=1) fue 'no significativo' (P>0,05 es N.S. para un nivel de significación estadística de α=0,05 [o riesgo consentido prefijado = 5%], o, lo que es lo mismo, un nivel de confianza deseado = 95%), nos permite afirmar que las discrepancias que existan, pueden ser explicadas por el error aleatorio del muestreo.

Esto nos lleva a afirmar que no hubo diferencias entre las entrevista personales y telefónicas. Y que lo más probable es que no existan tampoco diferencias significativas entre los no respondedores y los respondedores; así que las personas que no respondieron, no aumentarían la insatisfacción en el caso de haberlo hecho, dado que no es que no quisieran responder, sino que, como no habían sido avisadas de las entrevistas, se marcharon para sus domicilios en cuanto alguien de la familia llegó a recogerlas.

6.2.3. Datos demográficos y socioeconómicos

Tenemos en este apartado diversos factores que van unidos a la atención sanitaria y, por lo tanto, a la satisfacción de los usuarios ante los servicios recibidos.

Según Salleras y Asenjo[476], los factores *determinantes de la demanda hospitalaria* se pueden agrupar en: 1) *demográficos*: edad, sexo y tamaño de la familia, 2) *sociales*: nivel cultural y social, hábitos médicos, normas sociales y vivienda, 3) *económicos*: renta familiar disponible, precios, tipo de protección y tasa de reembolseo, 4) *distribución de la población*: concentración urbana o dispersión rural, y 5) *sanitarios*: morbilidad, disponibilidad de servicios extra e intrahospitalarios, provisión de médicos, investigación y enseñanza, utilización de hospitales privados y organización hospitalaria.

Con respecto a la ***edad***, como hemos visto en el apartado *Resultados*, encontramos en nuestro estudio una proporción mayor de hospitalizados en el corte de 45 a 64 años, y disminuyó el número de hospitalizaciones a partir de 65 años, con diferencias estadísticamente significativas (figuras 4 y 5).

Esto está en contradicción con lo que afirman los autores que comentamos en el párrafo anterior, Salleras y Asenjo[476], al respecto, en lo que ellos llaman el grupo de *factores demográficos*: "La frecuentación hospitalaria (FH) -número de personas

hospitalizadas por 1.000 habitantes y año- en España es de 237 para menores de 1 año, de 54 para los niños de 1-14 años, de 72 para los individuos de 15-44 años, de casi 88 para los de 45-64 años y de más de 165 para los mayores de 65 años".

Lo está también con la Encuesta de Salud de Navarra[421], que asegura: "La tasa de hospitalización varía con la edad, de cada 100 personas mayores de 65 años, 10,1 han sido hospitalizadas en el último año, 6,6 en el grupo de edad de 25-64 años, y 3,1 en los menores de 25". Podemos observar los datos totales en la tabla 111:

Tabla 111. Prevalencia de personas que han sido hospitalizadas según edad y sexo. Navarra. Año 1990.

	0-14	15-24	25-44	45-64	65 y +
Hombres	4,5%	2,1%	5,3%	7,7%	12,6%
Mujeres	2,3%	3,1%	7,4%	6,2%	8,3%

Fuente: Departamento de Salud. *¿Cómo estamos de salud? Encuesta Salud 1990-1991.* Pamplona: Gobierno de Navarra, 1994.

Y con la Encuesta de Salud de Cataluña (ESCA)[477], como vemos en la tabla 112:

Tabla 112. Porcentaje de hombres y mujeres que declaran haber estado ingresadas en un hospital durante el último año. Población ≥ 16 años. ESCA 1994.

	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	≥75
Hombres	4,1%	3,1%	5,5%	5,6%	7,4%	11,1%	12,1%
Mujeres	3,5%	11,9%	6,4%	5,2%	6,2%	8,0%	8,9%

Fuente: Fernández E, Schiaffino A, Segura A. *Desigualtats en salut i en utilització de serveis sanitaris segons el gènere a Catalunya.* Barcelona: Institut Universitari de Salut Pública de Catalunya, 1996.

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

Pero nuestros resultados coinciden con los de la Encuesta de Salud de la Comunidad Autónoma Vasca[416], que, en su apartado de *Hospitalizaciones*, concluye: "A medida que aumenta la edad, aumenta el porcentaje de personas ingresadas. El sexo no influye en este caso, habiendo ingresado prácticamente la misma proporción de uno que de otro. Sin embargo, de 25 a 44 años ingresan más las mujeres que los hombres debido a los partos, y, a partir de esa edad (45 y más años), es al revés, siendo, para ambos grupos de edad, significativas las diferencias". Y, a pesar de la primera afirmación, vemos en los datos totales de la tabla 113, que a partir de 65 años disminuyó la población hospitalizada.

Tabla 113. Distribución de la población hospitalizada por edad y sexo. Euskadi. 1985-86. (n=1580).

	0-14	15-24	25-44	45-64	65 y +
Hombres	6,5%	6,7%	10,2%	15,2%	9,4%
Mujeres	4,8%	5,1%	18,7%	14,7%	8,7%

Fuente: Departamento de Sanidad y Consumo. *Encuesta de Salud de la Comunidad Autónoma Vasca.* Vitoria: Gobierno Vasco, 1987.

También coinciden con los de la Encuesta Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo[393], que obtuvieron los datos que vemos en la tabla 114:

Tabla 114. Personas que han estado hospitalizadas en los últimos 12 meses por sexo y edad. Población española ≥ 16 años. Año 1987. (n=1937).

Edades	Hombres	Mujeres
16 a 44 años	360 (18,6%)	673 (34,7%)
45 a 64 años	279 (14,4%)	275 (14,2%)
65 y más años	193 (10,0%)	157 (8,1%)

Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo. *Encuesta Nacional de Salud.* Madrid: MSC, 1989.

Sin embargo, en la última Encuesta Nacional de Salud, de 1993[420], se dice: "El análisis de los resultados por edad presenta una imagen en U, descrita habitualmente, con la máxima frecuentación en el colectivo de más de 74 años". La otra rama de la U con máxima frecuentación sería, así, la de los menores de 16 años. Nosotros obtuvimos, no obstante, una U invertida, pero hay que tener en cuenta que teníamos el punto de corte en 65 años, mientras que el de la encuesta nacional estaba en 74 años y, por la otra rama de la U, no teníamos a los menores de 15 años.

Y también coinciden nuestros datos con los del estudio del SERGAS en el Complejo Hospitalario Juan Canalejo, como vemos en la tabla 115:

Tabla 115. Distribución de la muestra poblacional hospitalizada en el Complejo Hospitalario Juan Canalejo para el estudio de evaluación de la calidad percibida, por edad y sexo. (n=264).

	<15	15-29	30-44	45-64	65 y +
Hombres	7,2%	3,4%	7,6%	14,8%	10,6%
Mujeres	2,6%	13,6%	12,5%	14,4%	13,2%

Fuente: Obradoiro de Socioloxía. *Avaliación da calidade percibida polos pacientes ingresados en hospitais do SERGAS. Complexo Hospitalario Juan Canalejo.* Santiago de Compostela: Servicio Galego de Saúde, 1996.

Analizando la curva de satisfacción vemos que aumentó con la edad hacia *muy satisfechos*, dando una U escorada hacia la derecha (tabla 3.A); como resultado de ésta,

tenemos otra U en el *índice medio de satisfacción* por edades, más elevado en la gente de 15 a 24 años (4,50) y de 65 y más años (4,46); quedando los otros dos cortes de edad de la siguiente forma: de 25 a 44 años (4,11) y de 45 a 64 años (4,36). También se observó un aumento del índice de satisfacción global con la edad en la encuesta del INSALUD[275] y una U, igualmente escorada hacia la derecha: 15-24 años (3,91), 25-44 años (3,83), 45-64 años (3,97) y 65 y más años (4,09) (como podemos observar, nuestros índices son más elevados, pero mantienen las mismas distribuciones de satisfacción por edades); en esta encuesta se hizo una revisión de trabajos entre los que hay seis cuyos resultados tienen una relación directa entre edad y satisfacción, dos tienen una relación inversa y dos no tienen relación. De todos modos, sí es posible que al aumentar la edad disminuyan las exigencias con la calidad de los servicios, y que sea ésta la razón del aumento de la satisfacción; otra explicación sería que los servicios prestados a la tercera edad se realicen con más *miramientos* que con las edades medias; lo más probable es que se den ambas razones.

En lo que respecta al ***sexo***, aunque teníamos en nuestro estudio una mayor proporción de hombres, los sexos estaban claramente repartidos por edades: de 15 a 44 años el porcentaje mayor era de mujeres, y a partir de 45 años, de hombres (figura 5).

El estudio del SERGAS[285] en el Complejo Hospitalario Juan Canalejo, arroja unas proporciones del 56,4% de mujeres y 43,6% de hombres, y, a nivel de Galicia, del 55% de mujeres y 45% de hombres. La tabla 115 muestra sus datos sobre el Complejo Hospitalario Juan Canalejo.

En otras tablas anteriores podemos ver, así mismo, los porcentajes por sexo y edad en las distintas encuestas.

Salleras y Asenjo[476], de esta variable dicen que: "El sexo influye, ya que las mujeres consumen más servicios sanitarios, concretamente a partir de la pubertad y a expensas, principalmente, de los servicios de obstetricia y ginecología".

También la Encuesta de Salud de la Comunidad Autónoma Vasca[416], llegó a la misma conclusión que nosotros, como ya vimos en un párrafo anterior y en la tabla

113, que a partir de los 45 años, ingresan más los hombres. Y lo vemos, así mismo, reflejado en la Encuesta Nacional de Salud de 1987[393] (tabla 114).

Igualmente pasa en la Encuesta de Salud de Navarra[421] (tabla 111), en la que los resultados fueron aún más tajantes y se dice: "Excepto en los menores de 14 años en los que el porcentaje de hombres hospitalizados es mayor que el de mujeres (p=0,04), no se ha encontrado relación entre el hecho de ser hospitalizado en el último año y el género, tampoco con ninguna variable indicativa de clase social".

De la Encuesta de Salud de Cataluña, afirman[477]: "No se han observado prácticamente diferencias, sin embargo, entre la proporción de hombres y mujeres que han estado hospitalizadas durante el último año. Al contrario, la similar proporción de ingresos hospitalarios está poniendo de manifiesto una infrautilización de este servicio por parte de las mujeres, pues en el análisis según grupos de edad se va a observar como en el grupo de 25-34 años la proporción de mujeres hospitalizadas en el último año era mucho mayor que la de hombres, explicable seguramente por los ingresos por parto y puerperio mucho más frecuentes en estas edades".

La Encuesta Nacional de Salud de 1993[420] saca unas conclusiones muy similares a las encuestas navarra y catalana: "Si analizamos los resultados por sexo, existen diferencias especialmente en la población menor de 16 años, ya que las niñas son ingresadas en proporciones muy inferiores a los niños (frecuentación hospitalización 6% en niños y 3% en niñas). En la población mayor de 16 años, las diferencias son pequeñas (frecuentación 7% en hombres y 8% en mujeres), y la mayor frecuencia de hospitalización de mujeres se relaciona con los ingresos por parto".

En el análisis de la satisfacción obtuvimos un mayor porcentaje de mujeres *muy satisfechas*, pero, en contrapartida, un menor porcentaje de hombres *poco satisfechos* y un mayor porcentaje *bastante satisfechos* (tabla 2.A). En la encuesta del INSALUD[275], el índice de satisfacción global de los hombres (4,00) fue mayor que el de las mujeres (3,96), pero con diferencias mínimas y no significativas estadísticamente. Nuestros *índices medios de satisfacción* fueron: en las mujeres 4,38 y en los hombres

4,36, como vemos, muy similares también. Se puede concluir que no existieron diferencias por sexo en los niveles de satisfacción de los usuarios.

De todos modos, la idiosincrasia de cada Comunidad Autónoma y, dentro de éstas, de cada Área Sanitaria, hace que cada centro sanitario tenga sus propias características en la hospitalización, por edad y sexo, existiendo, además, la posibilidad añadida de variabilidades estacionales en los estudios en los que las muestras fueron elegidas en una época determinada del año y no mediante un seguimiento anual. Todo esto afecta también a otras variables, no sólo a la edad y al sexo.

Con respecto al ***nivel de estudios***, los resultados obtenidos eran de esperar, dada la edad de esta gente, y que, a medida que ésta aumenta, disminuye el porcentaje de personas que tuvieron acceso a los estudios y a poder acabarlos[h] (tablas 2 y 3, y figura 7).

En cuanto a la satisfacción, encontramos también una U, escorada hacia la izquierda. Siendo más críticos los universitarios, con mayor porcentaje de *poco satisfechos (índice medio de satisfacción* 4,10), y teniendo en el polo opuesto a las personas con menores estudios o sin ellos, con los mayores porcentajes de *muy satisfechos* (*índice medio de satisfacción* 4,51); en el medio quedaron los bachilleres/FP (4,26); así, vemos que la satisfacción sigue una relación lineal con el nivel de estudios (tabla 5.A). En el estudio del INSALUD[275] se asoció, sin embargo, una menor tasa de analfabetismo a un mayor nivel de satisfacción; su revisión encontró cuatro trabajos con relación directa entre nivel educativo y satisfacción, uno con relación inversa y otros cuatro sin relación. Cabe la posibilidad de que en nuestro medio y en este momento, no sea exacto que las personas con menores estudios estén más satisfechas, sino que se atreven menos a expresar sus insatisfacciones, porque se sienten menos seguras para hacerlo y/o para *hacerlo bien*.

---

[h] Para otro tipo de estudios en los que esta variable sea *definitoria*, que no es nuestro caso, habría que establecer una 'línea de corte' sobre los 40 ó 45 años (edad actual; a medida que vayan pasando los años, hay que elevar esta edad) y diferenciar los niveles de estudios de las personas que están por encima de esta línea y por debajo de ella, haciendo dos grupos dentro de la población.

Es de destacar, dentro de la variable ***ocupación***, que la proporción de trabajadores fue inferior a la que correspondería, teniendo en cuenta la distribución por edades (tablas 4 y 5, y figura 8).

Hubo una mayor proporción de *muy satisfechos* entre los trabajadores (tabla 6.A) (que, de hecho, obtuvieron el mayor *índice medio de satisfacción*: 4,65) y los parados (4,50), y de *bastante satisfechos* entre los no trabajadores: pensionistas (4,36), estudiantes/sus labores/incapacitados (4,00). Esto está en contradicción con lo encontrado por el INSALUD[275], cuyo mayor índice de satisfacción era el de los jubilados (4,08) y estudiantes (4,06), seguido por el de los trabajadores no cualificados (3,98) y amas de casa (3,90), y, en último lugar, o sea, con el índice más bajo, los trabajadores cualificados (3,83). Probablemente nuestros jubilados y amas de casa esperasen un trato más personalizado (estando su valoración más centrada en el trato humano y la comunicación); con los estudiantes la cuestión sería distinta, siendo realmente ellos más críticos con la asistencia recibida (aquí la valoración se centraría más en la profesionalidad y los servicios).

Y, como resultado de las dos variables anteriores, también eran esperables las proporciones obtenidas en la ***clase social*** (tablas 6 y 7, y figura 9).

En la distribución de la satisfacción encontramos una línea quebrada (tabla 7.A), con mayoría de *bastante satisfechos*, y una mayor proporción de *muy satisfechos* sólo en la clase social III, y con el mayor *índice medio de satisfacción*: 4,61; el siguiente fue el de la I: 4,50, la V: 4,30, la IV: 4,27 y el menor *índice* fue el de la II: 4,00. Esto contrasta con el estudio del INSALUD[275], en el que se asoció un mayor nivel de renta a un mayor nivel de satisfacción; y sus revisiones encontraron tres trabajos con relación directa entre clase social y satisfacción, dos con relación inversa y otros tres sin relación; y dos con relación directa entre nivel de renta y satisfacción, uno con relación inversa y uno sin relación. Nuestros resultados en este apartado están correlacionados con los del *nivel de estudios* y, comparando desde la satisfacción en la clase I, con la *ocupación*. La extraña correlación entre la satisfacción y las clases sociales (no es longitudinal) puede tener que ver con el ritmo de vida de cada una; en nuestra clase

social III la mayoría era personal administrativo, y en la II puestos intermedios de gerencia y profesorado de enseñanza primaria y secundaria, con lo cual es probable que estas personas estén habituadas, las primeras a una vida más tranquila que hace que se tomen determinadas situaciones con más tranquilidad, y las segundas a una situación de tensión constante que hace que *salten* con más facilidad ante lo que las primeras considerarían *pequeñas insatisfacciones*.

Nuestros datos de frecuencias en *nivel de estudios* coinciden con los de la Encuesta Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo[393], como podemos ver en la tabla 116. En la *ocupación* también son similares a los de la Encuesta del Ministerio (tabla 117), pero en ésta existe un porcentaje elevado de personas que trabajan, esto la diferencia de la nuestra.

Tabla 116. Personas que han estado hospitalizadas en los últimos 12 meses por sexo y edad, según el nivel de estudios. Población española ≥ 16 años. Año 1987. (n=1936).

Nivel de estudios	Totales	Hombres	Mujeres
< de primarios	35,8%	15,3%	20,6%
Primarios	31,6%	12,9%	18,6%
Bachillerato	22,0%	9,8%	12,2%
Universitarios	9,6%	4,5%	5,0%
No contesta	1,0%	0,5%	0,6%

Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo. *Encuesta Nacional de Salud.* Madrid: MSC, 1989.

Tabla 117. Personas que han estado hospitalizadas en los últimos 12 meses por sexo y edad, según ocupación. Población española ≥ 16 años. Año 1987. (n=1936).

Ocupación	Totales	Hombres	Mujeres
Trabaja	33,0%	19,9%	13,1%
Parado	7,6%	4,6%	3,0%
Jubilado	19,6%	15,5%	4,1%
Estudiante	5,1%	2,5%	2,6%
Sus labores	33,2%	0	33,2%
No contesta	1,5%	0,5%	1,0%

Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo. *Encuesta Nacional de Salud.* Madrid: MSC, 1989.

Salleras y Asenjo[476] dicen del grupo al que denominan *factores sociales*: "1. El nivel cultural y social, influidos por la renta disponible y educación, hacen que el consumo varíe hasta en un 50%. Se ha podido comprobar, a partir del estudio de Eginai de Navarra, que:

a) El consumo de asistencia sanitaria aumenta con el nivel de educación.

b) El gasto hospitalario disminuye, relativamente, con el nivel cultural.

c) La relación entre gasto hospitalario/gasto sanitario total aumenta con la disminución del nivel cultural, ya que los pobres, aunque tienen menor frecuentación hospitalaria, alargan el promedio de estancia.

Se puede afirmar que el nivel cultural tiene una influencia muy superior a la renta e, incluso, a los precios. A mayor nivel cultural, mayor consumo sanitario".

Sin embargo, nosotros hemos encontrado, al igual que la Encuesta Nacional de Salud, un mayor porcentaje de personas con bajo nivel de estudios y de clase social, y de no trabajadores. Y esto no es fácilmente justificable por la mayor estancia; como las

entrevistas están hechas al alta, en un muestreo aleatorio no tiene por qué influir la cantidad de días que estén ingresados los usuarios sobre los factores sociales de las personas respondientes, así que hay que pensar que realmente los ingresos en el hospital tuvieron estas características socioeconómicas, como explicaremos más adelante en el análisis multivariante (que confirmó estos resultados). Y que, por otro lado, son las mismas proporciones que existen, en general, en la sociedad.

Con respecto al ***estado civil***, la mayoría son personas casadas, como en la distribución social (tabla 1 y figura 6).

Obtuvimos una U invertida, con mayor proporción de *muy satisfechos* en los separados/divorciados (*índice medio de satisfacción*: 4,67) y solteros (4,50), y de *bastante satisfechos* en casados (4,35) y viudos (4,22). Así, podemos ver que estuvieron más satisfechos los solteros y separados, que los casados (tabla 4.A). En la revisión de trabajos del estudio del INSALUD hallaron uno en donde los solteros estaban más satisfechos y dos en donde eran los casados los más satisfechos. De todos modos habitualmente en los índices de satisfacción, bienestar, o autopercepción de buena salud, solían dar los más altos los hombres casados y las mujeres solteras, se ve que algo está cambiando en los *roles* sociales y familiares.

En el ***lugar de residencia*** nuestros datos (tabla 8 y figura 10) coinciden con las afirmaciones de estos autores[476] sobre la *distribución de la población*: "1. Afecta a los hábitos del consumo sanitario. Cuanto mayor es la concentración humana, mayor es el consumo por las siguientes razones:

a) Aunque en las grandes urbes gracias a la prevención ha disminuido la infección, han aumentado las enfermedades propias de la industrialización.

b) La mayor oferta existente en las grandes urbes facilita una mayor demanda ... ".

Destacamos la distribución desigual, en nuestros datos, de las mayores proporciones en ambos sexos: un 58,6% de mujeres pertenecen a la gran urbe, mientras que el 48,5% de hombres son de zona rural.

El lugar de residencia distribuyó de una forma muy similar las proporciones de satisfacción (tabla 8.A). En zonas rurales es menor el porcentaje de *muy satisfechos* y mayor el de *poco satisfechos*, de hecho, dio el *índice medio de satisfacción* más bajo: 4,27. Coincidiendo con la encuesta del INSALUD[275], que encontró en las áreas rurales una población menos satisfecha con la asistencia hospitalaria recibida. Y nuestro *índice* más elevado fue el de la urbe (4,50), quedando detrás las zonas intermedias (4,44) y la gran urbe (4,31). Aquí se han unido, en la baja satisfacción, por un lado, las zonas rurales, con menos recursos, quizá no tanto económicos, como sociales y culturales, y, por otro lado, la gran urbe, con una mayor proporción de gente más crítica, a pesar de sus recursos.

El grado de asociación entre este conjunto de variables y la satisfacción, fue medido a través del Coeficiente V de Cramer y del Coeficiente de contingencia C de Pearson, mostrando unos pesos más acordes con el análisis factorial la V de Cramer.

El *análisis multivariante factorial de componentes principales (ACP)* nos indicó que estas variables se agruparon en tres factores, del siguiente modo (tabla 41):

* ***Factor 1***, al que llamamos *'cla_ocu_se'*: Tiene una correlación positiva alta con la clase social y con la ocupación; éstas le dieron, por lo tanto, mayor peso a este factor. Es lógico que hayan ido unidas ya que creamos la variable clase social en función de la ocupación y de la situación laboral en esa ocupación. La importancia del peso de la clase social vino dada desde las clases sociales más bajas hacia las más altas, o sea, en primer lugar dieron mayor peso *'otros'* (que suelen ser trabajadores no cualificados que no lo especificaron), después la clase social V (trabajadores no cualificados), luego la IV, la III, la II y la I; esto puede significar que los servicios sanitarios públicos los usaron más las clases sociales más bajas o, que si los usaron las clases sociales más altas, utilizaron el Hotel de Pacientes y no las habitaciones comunes (como ya especificamos en el parágrafo 4.2.1., éste Hotel era uno de los criterios de exclusión, por sus características específicas); existe otra posible explicación: que este grupo de personas enferman más, cuestión que analizaremos al final de este

conglomerado de factores (conjuntamente con los demás); y, lo más probable, es que se den ambas causas unidas. En la ocupación, el peso vino dado en primer lugar por estudiantes/sus labores/incapacitados, luego parados, después pensionistas y, por último, trabajadores, lo cual significa que utilizaron más los servicios sanitarios los que no trabajaban que los que sí lo hacían; por un lado la disponibilidad de tiempo es mayor en las personas que no trabajan (y, posiblemente, a no ser que sea algo grave, se hospitalizan con más facilidad; aunque la disponibilidad de tiempo tiene más importancia en las consultas externas que en hospitalización) y por otro lado, los pensionistas, al tener más edad, tienen más achaques y lo mismo pasa con los incapacitados; y las personas que se dedican a sus labores (fundamentalmente mujeres) y las que están paradas, es probable que somaticen más sus problemas no físicos y que a los problemas físicos les den más importancia que las personas trabajadoras.

El sexo tiene también una correlación bastante alta con este factor, pero de signo negativo; lo cual significa, tal y como tenemos nosotros codificada esta variable, que el mayor peso correspondió a las mujeres y el menor a los hombres, a pesar de que, en cantidades totales, hay un 46,8% de mujeres en la muestra y un 53,2% de hombres. Es interesante constatar que no siempre se corresponden un mayor porcentaje con un mayor peso en el factor.

Este factor opone, por lo tanto, por un lado a las clases sociales más bajas y personas que no trabajan, y por el otro a los hombres.

* ***Factor 2***, al que nombramos *'eda_ci_es'*: Tiene una correlación positiva elevada con la edad y menos con el estado civil. A más edad de los usuarios, más peso del factor. Y en el estado civil, le dieron más peso los viudos, después los separados/divorciados y luego los casados, el menor peso lo tuvieron los solteros. Por otro lado, también el estado civil está ligado a la edad en la misma línea: los mayores están viudos y los más jóvenes solteros.

Y tiene una correlación negativa con el nivel de estudios. Que, como lo tenemos codificado, coincide con las anteriores variables: el mayor peso correspondió a las personas sin estudios/primarios incompletos, después a quien tiene graduado escolar/EGB/FP/bachiller y el menor peso fue de los universitarios (medios o

superiores). Esto es lógico si tenemos en cuenta el mayor peso de la edad avanzada, y que las personas mayores tienen un menor nivel de estudios; también coincide con el factor anterior: las clases sociales más bajas y las personas sin trabajo, tienen habitualmente menor nivel de estudios.

* ***Factor 3***, al que denominamos *'residencia'*: Tiene una correlación elevada con una única variable: el domicilio. Así, la interpretación no deja lugar a dudas, este factor está definido positivamente por esta variable; pesando más la gente de la gran urbe, lo cual es lógico dada la ubicación del Complejo Hospitalario en la ciudad; menos las zonas intermedias, y menos aún las rurales. Esto está generalmente en función de la cercanía física al centro sanitario, aunque al ser un estudio de hospitalización y no de consultas externas, no necesariamente tendría por qué ser por esta cercanía, dado que es un Complejo Hospitalario de referencia, pero siempre supone una mayor accesibilidad a los servicios que se prestan allí; lo decíamos antes con referencia a nuestro estudio y los autores[476] que afirman que "la mayor oferta existente en las grandes urbes facilita una mayor demanda".

Comunalidades: Podemos ver en la tabla 42, por el porcentaje que ha obtenido, que la *ocupación* (V51) es la variable peor representada por los tres factores que hemos retenido (53%), quizá porque se solapó con la clase social al haber sido utilizada para crearla; seguida del *estado civil* (V49), con un 58%. De todos modos, cualquier variable que sobrepase el 50% no se considera mal representada.

Las demás variables tienen comunalidades bastante altas; esto garantiza que se perdió poca información acerca de ellas cuando se sintetizaron por medio de los tres componentes.

La mejor representada es la *edad* (G1), que, aunque en principio es cuantitativa, aquí está tratada agrupada en categorías cualitativas; seguida por la *clase social* (V53), variable que, al ser la conjunción de otras dos, como dijimos antes, ya explica de por sí un campo más amplio.

De todos modos en este conjunto de variables hay que tener cuidado al hacer las afirmaciones y los análisis que acabamos de explicar. Cuando decimos que determinadas personas de clases sociales más bajas, ocupaciones peor remuneradas, niveles de estudios menores, edades más elevadas, etc., utilizan más los servicios públicos y, tal vez, otras más los privados, no hay que perder de vista que es posible que el primer grupo de personas utilicen más todo tipo de servicios[478,479,480], porque lo que está sucediendo realmente es que enferman más[481,482,483]. Los indicadores socioeconómicos y demográficos no miden directamente la salud, pero sí ciertas circunstancias que tienen influencia sobre ella[484,485,486].

El *análisis multivariante discriminante de correlación canónica (DC)* dio los siguientes resultados utilizando como variables los tres factores de este grupo del análisis factorial (ACP):

La variable más correlacionada con la función discriminante (tabla 69) fue *'residencia'* (D_SE_3) con una correlación de 0,75214, seguida de *'cla_ocu_se'* (D_SE_1) con una correlación de 0,74924, y, por último, *'eda_ci_es'* (D_SE_2) con una correlación de 0,00820, o sea, prácticamente sin correlación, dado que nos estamos moviendo en un rango de 0 a 1.

Los coeficientes estandarizados de la función discriminante canónica (tabla 69-B) nos informaron de que *'cla_ocu_se'* ha sido la variable con mayor peso en la función discriminante (0,75215), seguida por *'residencia'* (0,74925). El perfil de la satisfacción de los pacientes nos lo dan pues estas dos variables, *'cla_ocu_se'* y *'residencia'*, tal y como fueron definidas anteriormente para el análisis factorial.

El análisis ha dejado fuera la variable-factor *'eda_ci_es'*, que ya habíamos visto en el párrafo anterior que apenas tenía correlación con esta función para discriminar los grupos de satisfacción; con lo cual nos quedan al margen de esta función discriminante la edad, el estado civil y el nivel de estudios, unidas. La variable *'residencia'* que estaba por detrás de ésta en el ACP, ha pasado a estar por delante y quedar dentro del DC. Al cruzar las variables con la satisfacción de los usuarios, los pesos han cambiado y también la importancia de las variables en el análisis; esta es una de las explicaciones

de los diferentes resultados en los diversos estudios, además de las diferencias reales que existan entre ellos.

Con probabilidades *a priori* del 33,3% y costes idénticos para los dos tipos de error (α y β), la función discriminante *acierta* aquí en el 51,6% de los casos a qué grupo de satisfacción pertenece un sujeto hospitalizado en el Complejo Hospitalario Juan Canalejo, clasificado desde este conjunto de variables.

Al utilizar en el DC las siete variables originales demográficas y socioeconómicas (en vez de los factores del ACP), los resultados fueron:

La variable más correlacionada con la función discriminante (tabla 71) fue el *nivel de estudios* (V50) con una correlación de 0,60066, seguida de la *ocupación* (V51) (correlación: 0,59693), el *sexo* (V8) (0,33710), la *clase social* (V53) (0,24961), el *estado civil* (V49) (0,24396), el *lugar de residencia* (V54) (-0,17721) y, finalmente, la *edad* (G1) (-0,11347).

Los coeficientes estandarizados de la función discriminante canónica (tabla 71-B) nos informaron de que el *nivel de estudios* ha sido la variable con mayor peso en la función discriminante (0,98047), seguida por el *sexo* (0,94299), la *ocupación* (0,84119), el *lugar de residencia* (-0,46131), la *edad* (-0,41348) y el *estado civil* (0,36677).

Ha quedado fuera la variable *clase social*, lo cual no deja de ser sorprendente teniendo en cuenta que fue la variable de más peso en el análisis factorial e, incluso, que había tenido más correlación que otras con esta función discriminante. La explicación es que se intentan distintas cosas con los dos análisis multivariantes. En el ACP, la clase social, como ya dijimos antes, al ser la conjunción de otras dos variables (ocupación y situación laboral en esa ocupación) explica por sí misma un campo más amplio que las demás variables (que son realmente una sola), por lo tanto pesa más que las demás. Pero en el DC, lo que se intenta saber es el poder predictivo de cada una de ellas, con lo cual, sucede al revés, tiene mayor poder de predicción de la satisfacción la ocupación que la clase social, entendámonos, que la clase social codificada de esta manera, y en esta población; lo cual tampoco es tan sorprendente dado que las dos variables utilizadas para definir la clase social, siguiendo la propuesta[395] de la Sociedad

Española de Epidemiología y la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria, tendrían que ir posiblemente acompañadas de algunas más, porque la clase social/nivel socioeconómico es una realidad compleja, y más en la sociedad gallega que en otras sociedades.

La enorme influencia del ambiente social sobre la salud siempre ha interesado a los epidemiólogos por su capacidad explicativa de los fenómenos relacionados con el hecho de enfermar y con las situaciones en las que este hecho se desenvuelve, y su interés no se limita a los estudios epidemiológicos encaminados a explicar su asociación con la enfermedad, en los que es obvia la necesidad de medirla, sino que además existen estudios, no enfocados directamente a los componentes sociales, que necesitan medir la clase social para mejorar su validez, como es el caso del nuestro.

Hay diversos estudios, nacionales e internacionales, que usan distintas variables para medir la clase social: ocupación, actividad laboral, estudios, ingresos, escalas e índices, otros (raza, religión, estado de la vivienda)...

Los tres indicadores más utilizados del nivel socioeconómico de los individuos son: educación (nivel de estudios), ocupación e ingresos. Y presentan suficientes diferencias entre ellos como para estudiar su asociación con la salud de forma separada[395]. Así, mientras el nivel educativo se relaciona fundamentalmente con el acceso a la información sobre los aspectos que promocionan o perjudican la salud, y los ingresos reflejan el grado de bienestar material, la ocupación (y, por lo tanto, la clase social basada en ella) indica ambos aspectos y añade algunas connotaciones más, ligadas a esta ocupación desempeñada, como son prestigio social, privilegio o poder.

En nuestro medio, habría que añadir el idioma de uso habitual (gallego/castellano), que, aunque cada vez menos, hoy por hoy aún es indicador de clase social.

Se pueden añadir también otros indicadores, por ejemplo los basados en la riqueza material (propiedad de la vivienda, propiedad del vehículo...).

Sin embargo la evaluación de la literatura especializada pone de manifiesto que, (a pesar de que se utilizan muchas variables aproximadas a la clase social o al nivel socioeconómico de los individuos), las principales son realmente la ocupación y el nivel

de estudios[395], ya que los ingresos se pueden utilizar como indicador indirecto de la clase social, pero para algunos autores no son un buen indicador del nivel socioeconómico; por ello es más común que se consideren como un indicador indirecto de la riqueza material, además es un indicador difícil de recoger de una forma fiable.

La Encuesta Nacional de Salud[420], por ejemplo, halla el nivel socio-económico cruzando dos variables: estudios y profesión; siendo ésta última la unión de la ocupación y la situación laboral en esa ocupación.

Lo que está claro es que la clase social/nivel socioeconómico es, como decíamos antes, una realidad lo suficientemente compleja como para que, al menos en nuestro medio y en este momento[487], se muestren insuficientes las dos variables propuestas por la Sociedad Española de Epidemiología y la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria, para codificar una clase social que nos sirva *a posteriori* como predictora de la satisfacción de los usuarios y, probablemente, de más cosas.

O, simplemente ha pasado lo que afirmó Morgenstern[488]: "En cuanto que la clase social/nivel socioeconómico se asocia a una amplia gama de enfermedades, es frecuente que actúe como una variable de confusión, distorsionando (enmascarando o exagerando) los resultados de los estudios clínicos o epidemiológicos", y simplemente ha sido eliminada por el análisis porque era una variable de confusión. Esto confirmaría, de todos modos que, tal y como está codificada, no nos sirve.

El *nivel de estudios* fue la variable más correlacionada con la función discriminante y de mayor peso en ella. De él se suele decir que distingue bastante bien a los individuos con diferente estado de salud. Liberatos *et al.* han señalado que la capacidad explicativa de esta variable se debe a que los individuos con mayor nivel de estudios son capaces de comprender mejor la información sobre la promoción de la salud[489]; para algunos autores, el nivel de estudios discrimina mejor a las personas con distinto estado de salud que los indicadores basados en la ocupación; de hecho, diversos estudios han demostrado que personas con mayor nivel de estudios y menos cantidad de ingresos, tenían mejor salud que otras con mayores ingresos. De todos modos este nivel varía con la cohorte de edad a la que pertenezca el individuo estudiado (en los últimos años, una mayor cantidad de personas han completado sus estudios,

como ya comentamos anteriormente). Por otro lado, tiene la ventaja de que es un indicador fácil de recoger[490]. Pero hay que recordar que esta variable, unida a otras dos, quedó fuera en el primer DC; de alguna forma le restaron peso en el conjunto. Esto nos sigue demostrando que las diferentes formas de tratar los datos pueden llevar implícitos distintos resultados y que no es lo mismo agrupar las variables de una manera que de otra, y además, al agruparlas, se haga como se haga, siempre se pierde algo de inercia en las variables originales, situación que se compensa, por otro lado, con el menor número de componentes a manejar y, aunque pueda parecer un contrasentido (de hecho estadísticamente no lo es), con una mejor capacidad de estos nuevos componentes para *predecir*, en nuestro caso, la satisfacción de los usuarios.

Otra vez con probabilidades *a priori* del 33,3% y costes idénticos para los dos tipos de error (α y β), la función discriminante *acierta* ahora en el 64,5% de los casos a qué grupo de satisfacción pertenece un sujeto, clasificado desde este conjunto de variables. Este porcentaje global es más elevado que en el análisis anterior (de los factores del ACP), pero, a pesar de ello, hay que valorar también la predictibilidad por grupos de satisfacción. Si observamos detenidamente las tablas 70 y 72, vemos que, en este segundo análisis, el porcentaje de *muy satisfechos* tiene un 44,4% en *bastante satisfechos* y un 3,7% en *poco satisfechos*, con lo cual hay error hacia las otras dos opciones, situación que no se produce en el primer análisis, en donde los errores se producen hacia un lado sólo, por eso se podría considerar al primer modelo un predictor más preciso, aunque perdiese algo de precisión (con respecto al segundo modelo) en el porcentaje de *aciertos* en la asignación global de los casos al grupo de satisfacción al que pertenecen; pero este primer modelo no acierta ningún caso de los *poco satisfechos* y sólo acierta un porcentaje bajo (menor aún del que se acertaría por azar) de los *muy satisfechos*, y vemos que el segundo modelo acierta un porcentaje mayor en los *poco* y *muy*, aunque menor en los *bastante satisfechos*; este hecho unido al mayor porcentaje de *aciertos* totales en el segundo modelo, hace que lo consideremos a él el mejor modelo predictor.

Y, para acabar ya con este conjunto de variables, insistir en que los cruces de las enfermedades más prevalentes o de las variables dependientes (según el tipo de estudio, el nuestro pertenece a esta segunda posibilidad) con variables como la edad, el sexo, el área demográfica, el nivel socioeconómico o las dimensiones de la vivienda, pueden generar información de gran interés; incluso pueden detectarse grupos de riesgo para determinadas enfermedades o condiciones[491,159].

6.2.3.1. Datos de gestión de recursos

En el ***tipo de hospitalización*** la mayor proporción de quirúrgicas (53,2%) sobre las médicas (46,8%), pero sin ser una diferencia apabullante, concuerda con los datos del INSALUD[275] (56,3% de quirúrgicas y 43,7% de médicas).

Y también concuerdan los resultados sobre satisfacción, en el cual los ingresados por motivos quirúrgicos la tienen más elevada (tabla 9.A). Esto es lógico si tenemos en cuenta que los enfermos quirúrgicos suelen tener más claro el diagnóstico y el tratamiento, necesitan menos pruebas, pasan menos tiempo haciéndolas en el hospital y, por lo tanto, *perdiendo el tiempo* esperando resultados, son tratados más rápidamente, y salen con una mayor sensación de haber sido *curados* realmente.

También concuerda en el ***tiempo que han pasado ingresados***, donde nuestros mayores porcentajes se concentran (tabla 9 y figura 11) entre 5-10 (30,6%) y 11-20 días (33,9%), con el estudio del INSALUD[275], cuyos porcentajes fueron: hasta 7 días (31,1%) y 8-15 (36,6%).

Las mayores proporciones de *muy satisfechos* (tabla 10.A) se encuentran entre las personas ingresadas menos de 10 días o más de 31 (nos da una relación en U), o sea, cuando aún no están hartas de estar ingresadas en el hospital, o cuando han asumido que, ya que hay que estar allí, hay que *llevarlo* lo mejor posible; además, a mayor estancia, se produce una adaptación al medio, como en cualquier otro espacio físico; y esto no es sólo un acostumbramiento a los servicios recibidos, sino también una *familiaridad* con las normas, con el personal e, incluso, según algunos autores[275], con

la picaresca, que permite una mayor libertad de movimientos y mayor capacidad para flexibilizar o saltarse determinadas normas.

Tanto en ***otros tratamientos*** como en ***otras hospitalizaciones*** en este Complejo Hospitalario, fueron mayoría las personas que nunca habían estado o habían estado hospitalizadas una vez (tablas 10 y 11).

El porcentaje de *muy satisfechas* fue mayor en las personas que habían estado en urgencias o en consultas externas anteriormente, o que no habían estado hospitalizadas, que en las hospitalizadas; y entre estas últimas encontramos una relación en U invertida, con mayor satisfacción entre los hospitalizados dos veces, siendo menor entre los hospitalizados una vez y tres o más veces (tablas 11.A y 12.A). Esto se explicaría por el efecto acostumbramiento en los de la segunda vez, que al ser ya tres o más veces pasa a ser menos satisfactorio probablemente no tanto por los servicios del hospital en sí mismos, sino por el tener que pasar mucho tiempo ingresados, en distintas ocasiones, cosa que a nadie le gusta; aquí se daría el efecto inverso al de una sola hospitalización pero de muchos días.

Con respecto a las ***hospitalizaciones en otro hospital***, hay una ligera mayoría, aunque la diferencia es poca, a favor de quien no estuvo en otro hospital; habiendo más *muy satisfechos* con este Complejo Hospitalario entre los que sí han estado ya en otro/os hospital/es, diríase así que sale beneficiado en la comparación (tabla 13.A).

La ***ayuda necesitada*** por los usuarios se concentra en los que no han necesitado ninguna o han necesitado alguna. Los que han necesitado mucha, son menos (tabla 12).

El porcentaje mayor de los *muy satisfechos* está situado, sin ningún lugar a dudas, en las personas que no necesitaron ninguna ayuda (tabla 14.A). Esto, como en otras ocasiones, se puede interpretar de manera unida a un mayor bienestar general y salud menos deteriorada, y no necesariamente unida a mejores o peores servicios recibidos, aunque también es verdad que las personas que no necesitaron ayuda, no pueden evaluar

como fue la ayuda prestada a las que sí la necesitaron, y, entre éstas últimas, en todos los grupos fue mayoría el estar *bastante satisfechas*.

Ante el cómo consideraron de ***necesario el tiempo pasado en el hospital*** la mayoría respondió que sí fue el necesario, habiendo luego más gente que pensaba haber estado menos del necesario que más del necesario (tabla 13), al igual que en el estudio del INSALUD[275].

Y el mayor porcentaje de *muy satisfechos* se acumuló, lógicamente, en la gente que lo consideró el tiempo necesario (tabla 15.A). Quien lo consideró menos del necesario tuvo un mayor porcentaje de *poco satisfechos*; también en el estudio del INSALUD[275] estuvieron menos satisfechos con el total de servicios prestados por el centro quienes pensaban que habían estado ingresados menos tiempo del necesario, como era de esperar, cuestión que comentaremos después en el análisis multivariante de estos datos.

Sobre la creencia de ***haber sido tenidos en cuenta***, la mayor proporción respondió que siempre, y después que casi siempre (tabla 14).

Estando, también lógicamente, el mayor porcentaje de *muy satisfechos* en la gente que respondió que siempre se les había tenido en cuenta. El mayor porcentaje de *poco satisfechos* estuvo entre los que respondieron que sólo a veces (tabla 16.A), también esto lo comentaremos después.

El *índice de satisfacción con el ser tenido en cuenta* fue 4,242, muy elevado, ya que lo medimos en un rango, recordamos, de 1 a 5.

Con la ***adecuación de los horarios de visitas*** se dio una pequeña dicotomía. Si bien la mayoría de los respondientes dijeron que estaban bien, había la misma proporción de respuestas en muy bien y mal (tabla 15).

Y, aunque las mayores proporciones de *muy satisfechos* estuvieron situadas en los que opinaban que los horarios estaban muy bien, existió una proporción elevada de *poco*

satisfechos y no sólo entre los que señalaban que los horarios estaban mal, sino incluso entre los que consideraban que estaban bien (tabla 17.A).

Esto tiene la explicación contraria a la que le podríamos suponer. Ante quejas anteriores de que los familiares no podían entrar con facilidad, se inició en el Complejo Hospitalario una política de *puertas abiertas* en la que cualquier persona podía entrar a cualquier hora del día (de 9 a 21 horas) a visitar a los enfermos. Esto supuso el estar lleno de gente el hospital (habitaciones, pasillos, etc.) a todas horas. Con esta situación, los enfermos empezaron a quejarse de que los horarios de visitas eran malos, pero por exceso, no por defecto, porque la gran cantidad de gente les producía molestias, falta de intimidad (si ya, el estar varios enfermos en una habitación lo producía, con las visitas sumadas, más aún), y se agravaba también el sentimiento de estar en habitaciones pequeñas, con muchas camas y poco espacio; los enfermos se quejaban de que había ruidos, gente fumando por los pasillos, *jaleo*... Después de realizada esta encuesta, hubo otra *reconversión horaria*, quedando prohibidas las visitas a los enfermos por las mañanas, para permitir una mayor facilidad en la realización de la visita médica, aseo de enfermos, curas, limpieza de habitaciones y pasillos, etc., y permitiendo la *entrada libre* de visitas sólo por las tardes.

El INSALUD[275] valoró en su estudio esta situación con un pregunta algo distinta: "¿Cree que tuvo suficiente contacto con sus familiares mientras estuvo ingresado?", con tres opciones para contestar, a lo que las respuestas fueron de mucho el 35,1%, de normal el 58,2% y de poco el 6,7%. La evaluación que los autores hicieron fue que al reducirse el número de posibles respuestas (de 5 a 3) disminuye la *fineza* en la valoración y existe una mayor tendencia a que el encuestado se centre en la escala y responda *normal*.

Sobre si ***se puede mejorar*** el servicio prestado (tabla 37) la mayoría de los encuestados respondieron que sí, aunque también hubo un porcentaje de noes elevado (30,6%). Habría que analizar estas respuestas negativas con más profundidad para saber si creen que no porque está bien así o es que le suponen *inamovilidad* al estamento sanitario.

Los que contestaron *no sé* tienen una mayor proporción de *muy satisfechos*, y los que contestaron que sí o no, de *bastante satisfechos* (tabla 40.A). Podríamos afirmar que el hecho de no saber algo, como en otras situaciones de la vida, hace que la gente no *sufra* por esas carencias y esté más satisfecha de lo que tiene. Más adelante volveremos sobre este apartado.

En respuesta al ***estado actual*** (en el momento del alta), después de su estancia hospitalaria, casi nadie dudaba su mejoría; tan sólo un 4,8% manifestaban estar igual y un 3,3% peor (tabla 16).

El mayor porcentaje de *muy satisfechos* perteneció a los que afirmaron estar mejor, y el de *poco satisfechos* a los que declararon estar peor (tabla 18.A).

De hecho el *índice de satisfacción con su estado actual tras la hospitalización* fue 4,811, más elevado incluso que el *índice de satisfacción global*, que fue 4,371. Resultó ser el más alto de todo el estudio.

En el estudio del INSALUD[275] los porcentajes habían sido similares: mejor un 86,6%, igual un 10,0% y peor un 3,4%, los dos primeros algo inferiores a los nuestros.

Ésta es, junto con la valoración de la satisfacción global, una pregunta clave para saber hasta qué punto los usuarios consideran que disponen de unos hospitales capaces de enfrentar sus problemas de salud conjugando efectividad y humanidad. Porque, como dicen diversos autores: "Parece evidente que acudimos al médico para mejorar nuestra salud. Es lógico afirmar, por tanto, que la demanda de atención médica se corresponde a una demanda de mejor salud"[492]. Es obvio que la finalidad de la hospitalización para un tratamiento, sea del tipo que sea, es devolver la salud o, cuando menos, devolver al enfermo a su hábitat en las mejores condiciones posibles, lo cual habitualmente supone: en mejores condiciones de las que ingresó. También es finalidad del hospital hacer promoción de la salud y prevención de la enfermedad, y, de hecho, los usuarios valoran cada vez más la educación para la salud recibida.

Con el ACP las variables de este grupo se han reunido en cinco factores (tabla 45):

* **Factor 1**, al que llamamos *'hospital'*: No ofrece problemas la interpretación de este factor, tiene una correlación positiva alta con otros tratamientos en el mismo hospital y otras hospitalizaciones en el mismo hospital, variables también relacionadas entre sí, dado que es bastante probable es que los hospitalizados hayan pasado antes por consultas externas. A medida que las frecuentaciones aumentaron en número, aumentó el peso del factor.

Posee, así mismo, una correlación negativa con el tipo de hospitalización, lo cual quiere decir que pesó más la quirúrgica y menos la médica. Las razones las explicamos ya en un párrafo anterior.

* **Factor 2**, al que nombramos *'cuen_ahora'*: Su mayor correlación positiva es con el hecho de que el usuario sienta que se le ha tenido en cuenta y, algo menos ya, con cómo se encuentra el enfermo al salir del hospital; es muy probable que en el momento del alta, la opinión del enfermo sobre su estado de salud imbrique, sobre el estado físico, un sentimiento de haber sido tratado como una persona a la que se tenía que cuidar y curar, y a la que se le escuchaban sus opiniones y necesidades, y que no era solamente un número; lo cual le hace *sentirse* más sano.

* **Factor 3**, al que denominamos *'ayu_otro'*: Correlacionado positivamente con la ayuda que necesitó mientras estuvo hospitalizado, aumentando el peso del factor a medida que aumenta la necesidad de ayuda. Y con las hospitalizaciones en otros hospitales, aumentando también a medida que aumentan éstas, lo cual nos lleva a buscar la similitud con el primer factor; es obvio que las experiencias previas, tanto en el mismo hospital, como en otros hospitales, aumentan el peso de los factores de este grupo de variables.

* **Factor 4**, al que designamos *'mejora_tiempoin'*: Correlacionado negativamente con el hecho de si se podría mejorar la asistencia prestada, pesando más la gente que contesta que no sabe, después la que contesta que sí y menos la que no. En general los usuarios opinaban que *siempre* se puede mejorar cualquier servicio; y las respuestas *no*

sé se referían más a que no sabían qué se podría mejorar en concreto o cómo se podría hacerlo, que al hecho de no saber si se podría mejorar o no.

Y correlacionado positivamente con el tiempo que ha pasado ingresado; a más tiempo, más peso. Esto incardina con el factor 1 y con el 3, a mayor hospitalización, más peso.

* **Factor 5**, al que nominamos *'visitas_tiem'*: Correlacionado positivamente con las visitas de parientes y amistades al hospital; le dio más peso a este factor el haber encontrado *muy bien* la adecuación horaria para las visitas, después haberla encontrado *bien*, seguida de *normal* y de *mal*, lo cual demuestra lo importantes que resultan para los enfermos las visitas y la compañía de sus seres queridos; y, precisamente por esta importancia, resulta extraño ver esta variable correlacionada con el quinto factor en vez de con uno anterior, lo que pasa es que, ante las visitas, el sentimiento de los usuarios era contradictorio: por un lado querían que los fuesen a visitar, pero por otro la gran cantidad de visitas molestaba a los enfermos, y ésta puede ser la razón de que esta variable no esté bien representada, porque realmente no está bien definida la gente ante ella.

Y correlacionado negativamente con cómo cree el usuario que fue de adecuado el tiempo de hospitalización. Lógicamente un sentimiento de haber pasado menos tiempo del necesario (mayor peso en el factor), le lleva a pensar que no sale del todo bien, aunque se encuentre bastante mejor que cuando entró. Y creer que ha estado más tiempo del necesario (menor peso en el factor), queriendo estar en su casa, tampoco favorece su bienestar; aunque en esta línea, los comentarios iban en la *onda* de que habían estado mucho tiempo "sin que les hiciesen nada", esperando, o bien para hacer pruebas, o bien por los resultados de éstas, quejas, por otro lado, habituales en hospitales grandes, que son más complejos y en ellos es mayor el tiempo perdido *inútilmente* en todo tipo de procesos.

Comunalidades: Las variables peor representadas (tabla 46) por los cinco factores retenidos son *'ahora está'* (V56) con el 47% y *'hospitalizaciones en otro hospital'* (V20) (48%). Realmente V56 es una variable compleja, que podría actuar también, de

la misma forma que hemos hecho con V47, como variable dependiente para comprobar cómo se encuentran los usuarios, al salir del hospital, con respecto a los servicios recibidos, y quizá sea esta complejidad la que la hace de difícil representación, porque esta variable abarca, como la satisfacción global, a todas las demás. Las hospitalizaciones en otro hospital aportan una experiencia previa sobre los servicios sanitarios, pero al no ser del mismo hospital, los usuarios pueden creer que no tiene mucho que ver con esta estancia hospitalaria actual y, de alguna manera, la *separan* en el juicio.

Y las mejor representadas son: *'otros tratamientos aquí'* (V18), *'otras hospitalizaciones aquí'* (V19) y *'¿se le tuvo en cuenta?'* (V45), las dos primeras tienen, lógicamente, mucho que ver con el análisis actual de esta estancia hospitalaria concreta, y la V45 representa uno de los pilares más importantes para los usuarios en la actualidad, ellos creen que las decisiones las tienen que tomar los profesionales sanitarios, pero contando con ellos, ya que, después de todo, son sus cuerpos y sus vidas lo que está en juego.

El DC arrojó los siguientes resultados utilizando como variables los cinco factores de este grupo del ACP:

La variable más correlacionada con la función discriminante (tabla 73) fue *'ayu_otro'* (GR_3) con una correlación de 0,65487, seguida de *'visitas_tiem'* (GR_5) (correlación: 0,59713), de *'cuen_ahora'* (GR_2) (-0,58059), de *'hospital'* (GR_1) (0,51405) y, por último, de *'mejora_tiempoin'* (GR_4) (-0,01690).

Los coeficientes estandarizados de la función discriminante canónica (tabla 73-B) nos informaron de que *'ayu_otro'* ha sido la variable con mayor peso en la función discriminante (0,67158), seguida por *'cuen_ahora'* (-0,65938), por *'visitas_tiem'* (0,62437) y por *'hospital'* (0,58744). El perfil de la satisfacción de los pacientes nos lo dan las cuatro variables, tal y como fueron definidas anteriormente para el análisis factorial.

El análisis ha dejado fuera la variable-factor *'mejora_tiempoin'*, que, como se puede ver en el párrafo anterior, tenía una correlación muy baja con esta función para

discriminar los grupos de satisfacción. Se ve que el hecho *abstracto* de que se puedan mejorar determinados servicios hospitalarios (hay que recordar aquí que la pregunta era: "¿Cree que hay cosas que pueden y deben mejorarse?") no afecta demasiado a la satisfacción de los pacientes, o, dicho de otro modo, su satisfacción no está en función de esta posibilidad de mejora. Tampoco lo está con el tiempo real que han pasado ingresados, y ha cobrado más importancia el factor *'visitas_tiem'* que lo que valora es cómo creen ellos que ha sido de adecuado el tiempo que han pasado ingresados, que, por otro lado, lo consideraron mayoritariamente el necesario.

Igual que en las veces anteriores, con probabilidades *a priori* del 33,3% y costes idénticos para los dos tipos de error (α y β), la función discriminante *acierta* aquí en el 64,5% de los casos a qué grupo de satisfacción pertenece un sujeto hospitalizado en el Complejo Hospitalario Juan Canalejo, clasificado desde este conjunto de variables. De todos modos podemos ver en la tabla 74 que hay *pérdidas* de sujetos entre los que están *bastante satisfechos* hacia los *poco* y hacia los *muy satisfechos*, y que en el grupo de *poco satisfechos* el *acierto* es el mismo que produciría el azar.

Hicimos un segundo DC con este grupo de variables volviendo a utilizar los cinco factores del ACP, uniéndoles los tres factores demográficos y socioeconómicos del ACP, y obtuvimos los siguientes resultados:

La variable más correlacionada con la función discriminante (tabla 75) volvió a ser *'ayu_otro'* (GR_3) con una correlación de 0,67623, seguida de *'hospital'* (GR_1) (correlación: 0,48614), de *'cuen_ahora'* (GR_2) (-0,48250), de *'visitas_tiem'* (GR_5) (0,46368), de *'cla_ocu_se'* (D_SE_1) (-0,24517), de *'eda_ci_es'* (D_SE_2) (-0,16495), de *'mejora_tiempoin'* (GR_4) (-0,11679) y, por último, de *'residencia'* (D_SE_3) (0,10148).

Los coeficientes estandarizados de la función discriminante canónica (tabla 75-B) nos informaron de que *'ayu_otro'* volvió a ser la variable con mayor peso en la función discriminante (0,74046), seguida por *'cuen_ahora'* (-0,69712), por *'hospital'* (0,61062), por *'visitas_tiem'* (0,58721), por *'cla_ocu_se'* (0,47214) y por *'eda_ci_es'* (-0,22553).

El perfil de la satisfacción de los pacientes nos lo dan estas variables, tal y como fueron definidas anteriormente para el análisis factorial.

El análisis ha dejado fuera otra vez la variable-factor *'mejora_tiempoin'* y, además, la *'residencia'*. En la satisfacción con el conjunto de variables de la gestión de recursos, no tiene demasiada importancia la residencia de los usuarios, lo cual parece lógico dado que ésta influye, en todo caso, en el acceso al centro, pero no en lo que suceda después dentro de él.

Aquí la función discriminante *acierta* en el 62,9% de los casos a qué grupo de satisfacción pertenece un sujeto, clasificado desde este conjunto de variables. El porcentaje global de aciertos es menor que el del análisis anterior, aciertan ambos (tablas 74 y 76) un porcentaje muy similar de sujetos en cada uno de los tres grupos de satisfacción (éste más en los *bastante* pero menos en los *muy satisfechos*), y también en ambos hay *pérdidas* en los *bastante satisfechos* hacia las otras dos opciones, así que tienen una predictibilidad muy similar, podríamos decir que algo mayor la del primer modelo por el mayor porcentaje global de aciertos.

Volvimos a hacer un tercer DC con este grupo de variables utilizando otra vez los cinco factores del ACP, pero uniéndoles esta vez las siete variables originales demográficas y socioeconómicas. Los resultados fueron:

La variable más correlacionada con la función discriminante (tabla 77) fue la *ocupación* (V51) con una correlación de 0,41695, seguida de *'visitas_tiem'* (GR_5) (correlación: -0,39598), del *nivel de estudios* (V50) (0,39514), de *'ayu_otro'* (GR_3) (-0,38903), de *'cuen_ahora'* (GR_2) (-0,35022), de *'hospital'* (GR_1) (0,29466), del *sexo* (V8) (0,26424), del *estado civil* (V49) (0,16219), del *lugar de residencia* (V54) (-0,11570), de la *clase social* (V53) (0,08432), de *'mejora_tiempoin'* (GR_4) (-0,07748) y, por último, de la *edad* (G1) (0,05130).

Los coeficientes estandarizados de la función discriminante canónica (tabla 77-B) nos informaron de que la *ocupación* ha sido la variable con mayor peso en la función discriminante (0,76362), seguida por el *sexo* (0,61740), por *'cuen_ahora'* (-0,59042), por el *lugar de residencia* (-0,59042), por *'ayu_otro'* (0,56949), por el *nivel de estudios*

(0,55316), por *'hospital'* (0,48955), por el *estado civil* (0,41330), por *'visitas_tiem'* (-0,37400) y por *'mejora_tiempoin'* (-0,24886). El perfil de la satisfacción de los pacientes nos lo dan estas variables, tal y como fueron definidas anteriormente para el análisis factorial.

El análisis ha dejado fuera las variables *edad* y *clase social*. Ha entrado, sin embargo, el *lugar de residencia* que antes, como factor, había quedado fuera; ahora, como variable, dentro del conjunto de estas variables, independientes entre sí, volvió a coger peso. Lo mismo pasó con *'mejora_tiempoin'*, que también aumentó su peso. La edad y la clase social se muestran aquí, sin embargo, poco necesarias para predecir la satisfacción de los usuarios.

Aquí la función discriminante *acierta* en el 75,8% de los casos a qué grupo de satisfacción pertenece un sujeto, clasificado desde este conjunto de variables; es el mayor porcentaje global de estos tres análisis. Acierta mayores porcentajes (tabla 78) que los dos modelos anteriores en cada uno de los tres grupos de satisfacción. Y además los errores se producen, en los tres: *muy*, *bastante* y *poco satisfechos*, hacia un solo lado. Por todo ello consideramos a este modelo como el predictor más preciso.

6.2.3.2. Datos de ingreso y alta

Analizando la ***forma de ingresar*** comprobamos que la mayoría fueron ingresos por urgencias (71%) con mucha diferencia en los porcentajes frente a los demás ingresos, incluso sumándolos todos (29%) (figura 12). La Encuesta Nacional de Salud[493] da como porcentajes para la población de 16 y más años: 58% por urgencias, 39% ordinario y 3% no contesta, para España; y para Galicia, 55% por urgencias, 43% ordinario y 2% no contesta.

Pero observamos una satisfacción más elevada en el conjunto de 'otras formas': tienen mayores proporciones tanto de *muy* como de *bastante satisfechos* (tabla 19.A). Esto no deja de ser sorprendente porque, de hecho, muchos ingresos por urgencias están *programados* de antemano por profesionales que se ponen de acuerdo con *sus* enfermos para que estos acudan a urgencias cuando ellos están de guardia; por otro lado, en un servicio de urgencias aunque se atienda bien y *pronto* a los usuarios, es

inevitable que haya mucha gente y que, a veces, las esperas sean dilatadas, y, por otro lado, que las personas estén angustiadas, incluso al margen de la *gravedad real* de su caso, y que perciban que se ha tardado en atenderlas, todo esto disminuye, lógicamente, la satisfacción.

El ***tiempo que han estado en lista de espera*** ha sido, para la gran mayoría (91,9%) menor o igual a 15 días (figura 13 y tabla 17).

Sin embargo, el mayor porcentaje de personas *muy satisfechas* se encuentra en las que han estado 31 o más días (tabla 20.A), lo cual es sorprendente, pero puede estar relacionado con el tipo de patología sufrida y con el hecho de que al valorar su satisfacción lo hacen más con los servicios recibidos y no tanto con el tiempo que estuvieron esperando para recibirlos.

Al dar su ***opinión sobre el tiempo en lista de espera*** lo reconocieron mayoritariamente como largo (50%); y minoritariamente como muy largo (7,1%). Las proporciones de respuestas de normal o corto fueron prácticamente iguales (tabla 18).

Estando sin embargo, la mayoría de los *muy satisfechos* entre los que lo consideraron largo o normal (tabla 21.A), posiblemente por las mismas razones que analizábamos en el apartado anterior; hay otra posibilidad, y es que hayan sido más sinceras las personas que contestaron que para ellas el tiempo había sido largo o normal, pero, en principio, no hay por qué pensar que esto haya sido así.

El *índice de satisfacción con el tiempo en lista de espera* fue el más bajo de todos (no sólo de este grupo, de todo el estudio): 2,571 (de 1 a 5).

Sobre el ***momento del ingreso*** la mayoría opina que fue normal (38,8%) o bien (27,4%) (tabla 19).

En la satisfacción encontramos una relación en U, que nos da el mayor porcentaje de *muy satisfechos* entre los que opinaron que el ingreso les había parecido muy bien, pero también entre los que opinaron que muy mal..., aunque entre estos últimos también había un porcentaje de *poco satisfechos*, que, por otro lado, fue menor que el

de los que habían opinado que el ingreso les había parecido bien (tabla 22.A). Encontramos otra vez dicotomía aparente entre las respuestas, pero esto es explicable porque es distinto responder a los datos del ingreso que a los de éste unido a la satisfacción, y se ve que en esta segunda parte pierden peso las opiniones intermedias.

El *índice de satisfacción con el momento del ingreso* fue 3,339.

Ante el ***momento del alta*** las respuestas ya cambian, puesto que la gran mayoría opina que normal (45,2%) o bien (41,9%) (tabla 20).

Y también cambian los porcentajes de satisfacción, ya que, exceptuando a los que opinan que les pareció muy bien, que mayoritariamente están *muy satisfechos*, todos los demás concentran sus mayores porcentajes en *bastante satisfechos* (tabla 23.A). Esto pudo ser porque, como explicaremos después en el análisis factorial, no se sentían demasiado implicados en el alta.

El *índice de satisfacción con el momento del alta* fue 3,565.

Con el ACP estas variables se han aglutinado en dos factores, del siguiente modo (tabla 49):

* **Factor 1**, al que llamamos *'admisión'*: Este factor tiene una correlación positiva alta con la forma de ingresar en el hospital; al haber reunido las formas: 'desde las consultas externas + por traslado desde otro hospital + programado para tratamiento + estaba en lista de espera pero no sabe desde cuando', frente a 'entró por urgencias', ésta última fue la de menor peso, o, dicho de otra forma, el conjunto de las primeras le dio mayor peso a este factor, a pesar de ser menor proporción que las urgencias. Y también la tiene con el tiempo que ha pasado en lista de espera; a más tiempo, más aumento del peso del factor.

* **Factor 2**, al que nombramos *'momentos'*: Está correlacionado positivamente, tanto con el momento concreto del ingreso (tiempo que ha llevado y modo de hacerlo), como con el del alta (también en tiempo y modo), pesando de menos a más en el factor el hecho de haberles parecido: mal, normal, bien y muy bien.

Comunalidades: La variable peor representada (tabla 50) por los dos factores retenidos es la del alta, V44, aunque con un 59% tampoco se puede decir que esté mal representada. El alta y todos los papeles que la acompañaban eran de realización mecánica, o sea, a los usuarios se les decía que se iban de alta y se les daban los papeles sin que ellos tuviesen que hacer nada, con lo cual les resultaba cómodo esta forma de hacerlo pero no se sentían implicados en ella dado que se lo daban todo hecho, así que al opinar cargaban más las tintas sobre otras situaciones que les habían afectado más, para bien o para mal.

Y la mejor representada es V24, '¿cómo ingresó en el hospital?', que es una pregunta de respuesta directa, para la cual los usuarios no tenían que hacer ninguna valoración.

El DC arrojó los siguientes resultados utilizando como variables los dos factores de este grupo del ACP:

La variable más correlacionada con la función discriminante (tabla 79) fue *'momentos'* (I_A_2) con una correlación de 0,82875, y detrás *'admisión'* (I_A_1) (correlación: 0,82528).

Los coeficientes estandarizados de la función discriminante canónica (tabla 79-B) nos informaron de que *'admisión'* ha sido la variable con mayor peso en la función discriminante (0,82877), seguida por *'momentos'* (0,82530), a pesar de que las correlaciones eran a la inversa. El perfil de la satisfacción de los pacientes nos lo dan las dos variables, tal y como fueron definidas anteriormente para el análisis factorial. Y vemos que también han mantenido el mismo peso que en el ACP.

Igual que en las veces anteriores, con probabilidades *a priori* del 33,3% y costes idénticos para los dos tipos de error (α y β), la función discriminante *acierta* aquí en el 56,5% de los casos a qué grupo de satisfacción pertenece un sujeto hospitalizado en el Complejo Hospitalario Juan Canalejo, clasificado desde este conjunto de variables. Vemos en la tabla 80 que los errores se producen hacia un lado sólo en los tres grupos, pero este primer modelo no acierta ningún caso de los *poco satisfechos* y sólo acierta un porcentaje bajo (menor que el del azar) en los *muy satisfechos*.

Hicimos un segundo DC con este grupo de variables volviendo a utilizar los dos factores del ACP, uniéndoles los tres factores demográficos y socioeconómicos del ACP, y obtuvimos los siguientes resultados:

La variable más correlacionada con la función discriminante (tabla 81) fue *'residencia'* (D_SE_3) con una correlación de 0,60819, seguida de *'admisión'* (I_A_1) (correlación: 0,55312), de *'cla_ocu_se'* (D_SE_1) (-0,50921), de *'momentos'* (I_A_2) (0,42554) y, por último, de *'eda_ci_es'* (D_SE_2) (0,40061).

Los coeficientes estandarizados de la función discriminante canónica (tabla 81-B) nos informaron de que *'admisión'* volvió a ser la variable con mayor peso en la función discriminante (0,69328), seguida por *'residencia'* (0,61640), por *'cla_ocu_se'* (-0,53388), por *'eda_ci_es'* (0,49045) y por *'modoin_modoal'* (0,48949). El perfil de la satisfacción de los pacientes nos lo dan estas variables, tal y como fueron definidas anteriormente para el análisis factorial.

Podemos constatar que, al contrario que en los datos de gestión de recursos, no sólo no queda fuera la variable-factor *'residencia'*, sino que, entre este grupo de variables, es la segunda en peso; como habíamos dicho anteriormente, esta variable cobra importancia en el aspecto de la accesibilidad del centro, y ahora podemos comprobarlo estadísticamente, cuando lo que analizamos son los ingresos.

Aquí la función discriminante *acierta* en el 48,4% de los casos a qué grupo de satisfacción pertenece un sujeto, clasificado desde este conjunto de variables. El porcentaje es menor que el del análisis anterior y de una predictibilidad similar o incluso peor, dado que, aunque gana en porcentaje de aciertos entre los *muy satisfechos* (tabla 82), no gana mucho, de hecho es la misma proporción que hallaríamos por azar, y pierde aciertos entre los *bastante* y los *poco satisfechos* (que se escoran hacia la derecha, cuando tendrían que hacerlo hacia la izquierda, y cuando en el modelo anterior no lo hacen).

Volvimos a hacer un tercer DC con este grupo de variables utilizando otra vez los dos factores del ACP, pero uniéndoles esta vez las siete variables originales demográficas y socioeconómicas. Los resultados fueron:

La variable más correlacionada con la función discriminante (tabla 83) fue el *nivel de estudios* (V50) con una correlación de 0,52467, seguida de la *ocupación* (V51) (correlación: 0,47956), del *sexo* (V8) (0,32779), de la *clase social* (V53) (0,25892), del *estado civil* (V49) (0,21749), de *'admisión'* (I_A_1) (-0,21617), de *'momentos'* (I_A_2) (-0,20327), del *lugar de residencia* (V54) (-0,15254) y, por último, de la *edad* (G1) (-0,10902).

Los coeficientes estandarizados de la función discriminante canónica (tabla 83-B) nos informaron de que el *sexo* ha sido la variable con mayor peso en la función discriminante (0,91018), seguida por el *nivel de estudios* (0,86692), por la *ocupación* (0,74069), por el *lugar de residencia* (0,50620), por la *edad* (-0,39715), por el *estado civil* (0,29618), por *'momentos'* (-0,28950) y por *'admisión'* (-0,27494). El perfil de la satisfacción de los pacientes nos lo dan estas variables, tal y como fueron definidas anteriormente para el análisis factorial.

El análisis ha vuelto a dejar fuera, al igual que en el conjunto de variables de gestión de recursos e, incluso, en el de variables demográficas y socioeconómicas, la variable *clase social*, que sigue mostrándose poco precisa para predecir la satisfacción de los usuarios.

Aquí la función discriminante *acierta* en el 67,7% de los casos a qué grupo de satisfacción pertenece un sujeto, clasificado desde este conjunto de variables, y es el mayor porcentaje de los tres modelos dentro de él. Y, aunque en *muy* y *bastante satisfechos* hay *fugas* de casos hacia las otras dos opciones, también es el modelo que acierta un mayor porcentaje de casos en su grupo. Por ello lo consideramos el modelo predictor más preciso.

6.2.3.3. Datos del personal médico

Las respuestas a la ***competencia profesional médica*** (tabla 21) obtuvieron menores proporciones de muy buena que las del ***trato humano médico*** (tabla 24), pero también obtuvieron menos de regular.

La relación entre la competencia de los profesionales de la medicina y la satisfacción de los usuarios (tabla 24.A) siguió una clara distribución diagonal en la que

los *poco satisfechos* creían el 100% que era mala, los *bastante satisfechos* creían mayoritariamente que era buena y los *muy satisfechos* que lo era muy buena.

La relación entre el trato humano de los profesionales de la medicina y la satisfacción de los usuarios (tabla 27.A) ya fue algo distinta; los *muy satisfechos* seguían pensando que había sido muy bueno, pero, tanto los que opinaban que había sido bueno como los que decían que regular, resultaron estar *bastante satisfechos*. De todos modos insistieron en que había que mejorar el trato humano.

El *índice de satisfacción con la competencia profesional médica* fue igual al *índice de satisfacción con el trato humano médico*: 4,548, el tercero más elevado del estudio (o, mejor dicho, los dos terceros).

Con respecto a la ***frecuencia de la visita médica*** la mayoría (62,9%) calibraron que acontecía frecuentemente y otra proporción importante (30,6%) que muy frecuentemente (tabla 22).

En satisfacción, los mayores porcentajes correspondieron a los *bastante*, seguidos de cerca por los *muy satisfechos*, incluso entre la gente que opinaba que la visita médica había sucedido pocas veces (tabla 25.A). Hubo alusiones a que debería ser siempre el mismo médico el que llevase su caso, dado que, al pasar visita médicos distintos no estaban tan al tanto de lo que les sucedía a los enfermos. De todos modos esta variable no fue significativa estadísticamente.

Analizando la ***facilidad para conseguir a su médico*** comprobamos que casi la mitad de la muestra (46,8%) no lo había necesitado específicamente, con lo cual habían sido suficientes las visitas médicas cotidianas. Y otro 48,4% afirmó que siempre había conseguido con facilidad que acudiese (tabla 23).

Para esta pregunta (tabla 26.A), se situaron mayoritariamente en *bastante satisfechos*, y no tanto porque acudiese *su* médico, sino porque *siempre* acudía algún médico. El hecho de acudir el médico al necesitarlo fue relativizado por los usuarios, porque a menudo el que acudía era el de guardia y no el suyo, pero lo realmente

importante parecía ser que acudiese alguno, aunque no fuese el que los llevaba directamente, dado que lo que les interesaba era que les solucionasen el problema.

Así se explica que el *índice de satisfacción con la facilidad para conseguir a su médico* haya sido el segundo más alto de todo el estudio: 4,788.

El análisis del ***entendimiento de la información*** es un buen sondeo de la capacidad de comunicación de los profesionales con los enfermos. En este estudio entendieron muy bien (41,9%) y bien (38,7%) la gran mayoría de la gente entrevistada (tabla 25).

A pesar de todo, mayoritariamente están *bastante satisfechos*, incluso los que entendieron mal (tabla 28.A).

A la pregunta de si ***saben el nombre de su médico*** respondieron prácticamente por igual, algo más de síes (51,6%) que de noes (48,4%).

Y también los *poco*, *bastante* y *muy satisfechos* han tenido proporciones prácticamente iguales entre los que respondieron que sí y los que no (tabla 29.A). Esta variable no resultó significativa estadísticamente.

Llama la atención que uno de los factores que se tuvo más en cuenta en el Plan de Humanización del INSALUD[438,275], como es saber el nombre del médico que atiende al usuario, hoy ha perdido importancia para éste. Una posible razón es que, al ir identificados los trabajadores del Complejo Hospitalario Juan Canalejo, el nombre ya está a la vista y cobran valor los demás aspectos, relacionados más directamente con la atención cotidiana.

Con el ACP las variables de este grupo se han conglomerado en tres factores (tabla 53):

* **Factor 1**, al que llamamos *'trato_prof_visi'*: Factor que tiene una correlación positiva elevada con el trato humano dado por los profesionales de la medicina y su competencia profesional, y ya más baja con la frecuencia de la visita médica. El trato humano y la profesionalidad van muy unidos; aunque se valoraron por separado y los

enfermos así lo vieron, a la hora de hacer una evaluación global, ya hubo algunos que dijeron que si era muy buen profesional pero su trato humano dejaba que desear, *realmente no era* muy buen profesional, que ser buen profesional implicaba todo; cuanto mejor valoradas fueron ambas variables, más pesaron en el factor. Y, en la misma *onda* de estas dos variables de este factor, de preocuparse por el paciente, camina la tercera: al aumentar la frecuencia de la visita médica, aumentó el peso del factor; la sensación de sentirse *vigilado* y *controlado* por su médico, genera en el enfermo la seguridad de que va a ir mejorando.

* **Factor 2**, al que denominamos *'explica_nombre'*: He aquí un factor relacionado con la extroversión y capacidad de comunicarse de los profesionales de la medicina. Está relacionado negativamente con las explicaciones dadas por los profesionales sobre la enfermedad a los enfermos y su familia, a peor entendimiento de ellas, más peso del factor. Y con el nombre del médico: saberlo le dio más peso al factor que no saberlo.

Comunalidades: Está muy mal representada (tabla 54) la frecuencia de la visita médica (V29): 21%, y quizá sea el resultado de que al no pasarla siempre el mismo médico, o sea, el *suyo*, los usuarios la consideraban más como una especie de rito que como una respuesta real a sus necesidades; quizá por eso tampoco es estadísticamente significativa.

En este conjunto de variables coinciden los datos del ACP con los del análisis univariante (utilizando los índices a través de las medias ponderadas), que había situado las variables en este orden: trato humano y competencia profesional al mismo nivel y las primeras, y detrás de ellas la frecuencia de la visita médica y el entendimiento de la información.

El DC arrojó los siguientes resultados utilizando como variables los dos factores de este grupo del ACP:

Hubo una variable total y absolutamente correlacionada con esta función discriminante (tabla 85): *'trato_prof_visi'* (PM_1) con una correlación de 1,00000 (la

máxima posible). La otra variable *'explica_nombre'* (PM_2) quedó casi en el mínimo con una correlación de 0,00023.

Los coeficientes estandarizados de la función discriminante canónica (tabla 85-B) nos informaron de que sólo una variable, *'trato_prof_visi'* ha tenido peso en la función discriminante: 1,00000. Y ella nos da el perfil de la satisfacción de los pacientes, tal y como fue definida anteriormente para el análisis factorial.

El análisis ha dejado fuera la variable-factor *'explica_nombre'*, que, como hemos visto antes, apenas tenía correlación con esta función para discriminar los grupos de satisfacción. Ante la profesionalidad, el trato humano y la visita médica, ha perdido peso el saber o no el nombre del médico, pero también lo ha perdido otra variable unida a esta: el entendimiento de la información recibida, que, no obstante, a simple vista parece una variable a la que habría que darle importancia, de hecho los usuarios insistían en que había que informar a la familia de lo que necesitaba el enfermo.

Igual que en las veces anteriores, con probabilidades *a priori* del 33,3% y costes idénticos para los dos tipos de error (α y β), la función discriminante *acierta* aquí en el 53,2% de los casos a qué grupo de satisfacción pertenece un sujeto hospitalizado en el Complejo Hospitalario Juan Canalejo, clasificado desde este conjunto de variables. Pero vemos en la tabla 86 que en el grupo de *poco satisfechos* no hay aciertos.

Hicimos un segundo DC con este grupo de variables volviendo a utilizar los dos factores del ACP, uniéndoles los tres factores demográficos y socioeconómicos del ACP, y obtuvimos los siguientes resultados:

La variable más correlacionada con la función discriminante (tabla 87) fue *'residencia'* (D_SE_3) con una correlación de -0,74724, seguida de *'trato_prof_visi'* (PM_1) (correlación: 0,71689), de *'cla_ocu_se'* (D_SE_1) (0,56107), de *'eda_ci_es'* (D_SE_2) (0,34406) y, por último, de *'explica_nombre'* (PM_2) (-0,11299).

Los coeficientes estandarizados de la función discriminante canónica (tabla 87-B) nos informaron de que *'trato_prof_visi'* volvió a ser la variable con mayor peso en la función discriminante (0,93736), seguida por *'residencia'* (-0,75408), por *'cla_ocu_se'* (-0,60805) y por *'eda_ci_es'* (0,39159). El perfil de la satisfacción de los pacientes nos

lo dan estas variables, tal y como fueron definidas anteriormente para el análisis factorial.

El análisis ha dejado fuera otra vez la variable-factor *'explica_nombre'*.

Aquí la función discriminante *acierta* en el 58,1% de los casos a qué grupo de satisfacción pertenece un sujeto, clasificado desde este conjunto de variables. El porcentaje global de aciertos es algo mayor (tabla 88) que el del análisis anterior, pero tampoco hay aciertos en el grupo de *poco satisfechos* (aunque tampoco hay *fugas* hacia la derecha como en el modelo anterior), los restantes porcentajes son similares, así que podemos considerar que ambos modelos (éste y el primero) tienen una predictibilidad similar, algo mejor en éste.

Volvimos a hacer un tercer DC con este grupo de variables utilizando otra vez los dos factores del ACP, pero uniéndoles esta vez las siete variables originales demográficas y socioeconómicas. Los resultados fueron:

La variable más correlacionada con la función discriminante (tabla 89) fue el *nivel de estudios* (V50) con una correlación de 0,46148, seguida de la *ocupación* (V51) (correlación: 0,45867), del *sexo* (V8) (0,32918), de *'trato_prof_visi'* (PM_1) (-0,29483), de la *clase social* (V53) (0,23641), del *estado civil* (V49) (0,19306), de *'explica_nombre'* (PM_2) (-0,18839), del *lugar de residencia* (V54) (-0,13326) y, por último, de la *edad* (G1) (-0,10323).

Los coeficientes estandarizados de la función discriminante canónica (tabla 89-B) nos informaron de que el *sexo* ha sido la variable con mayor peso en la función discriminante (0,91674), seguida por el *nivel de estudios* (0,83618), por la *ocupación* (0,70683), por *'trato_prof_visi'* (-0,57056), por el *lugar de residencia* (0,53440), por la *edad* (-0,50723), por el *estado civil* (0,37366) y por la *clase social* (0,25919). El perfil de la satisfacción de los pacientes nos lo dan estas variables, tal y como fueron definidas anteriormente para el análisis factorial.

El análisis ha vuelto a dejar fuera la variable-factor *'explica_nombre'*.

Aquí la función discriminante *acierta* en el 72,6% de los casos a qué grupo de satisfacción pertenece un sujeto, clasificado desde este conjunto de variables, y es el

mayor porcentaje global de los tres análisis de él. Acierta mayores porcentajes (tabla 90) que los dos modelos anteriores en cada uno de los tres grupos de satisfacción. Y además los errores se producen, en los tres: *muy*, *bastante* y *poco satisfechos*, hacia un solo lado. Por todo ello consideramos a este modelo como el predictor más preciso.

6.2.3.4. Datos del personal de enfermería

Las respuestas a la ***competencia profesional de enfermería*** (tabla 26) obtuvieron mayores proporciones de 'muy buena' que las del ***trato humano de enfermería*** (tabla 28), que, a su vez, obtuvieron también más de 'regular' que la profesionalidad, y las mismas de 'buena'.

La relación entre la competencia de los profesionales de la enfermería y la satisfacción de los usuarios (tabla 30.A) se situó mayoritariamente en *bastante satisfechos*. Coincidiendo los que declararon que la profesionalidad era regular con mayores proporciones de *poco satisfechos*.

En la relación entre el trato humano de los profesionales de la enfermería y la satisfacción de los usuarios (tabla 32.A) encontramos las mismas distribuciones que hemos dicho en el apartado anterior para la profesionalidad. De todos modos, como ya hemos dicho en el apartado equivalente a éste dentro del personal médico, insistieron en que había que mejorar el trato humano, haciendo hincapié en que era necesario, sobre todo, en el personal de enfermería.

El *índice de satisfacción con la competencia profesional de enfermería* fue 4,484, y el *índice de satisfacción con el trato humano de enfermería* fue 4,452. Quedando de cuarto y quinto respectivamente en el estudio.

Al analizar la ***rapidez en acudir*** del personal de enfermería comprobamos que, al contrario de lo que había pasado con la facilidad para conseguir a su médico cuando lo necesitaba, solamente un 3,3% de la muestra no lo había necesitado específicamente (tabla 27); lo cual es lógico porque los usuarios no distinguen entre el personal de enfermería y auxiliares, y los necesitan con bastante frecuencia. La mayor proporción

de enfermos indicó que frecuentemente y muy frecuentemente habían sido rápidos en acudir.

En la satisfacción (tabla 31.A) encontramos una relación en U invertida, con el mayor porcentaje de *muy satisfechos*, en los que dicen que acuden frecuentemente.

La ***coordinación entre el personal sanitario*** fue considerada mayoritariamente como normal (tabla 29), lo cual puede implicar un juicio de que con el material humano existente habitualmente, lo lógico es que se funcione así, o bien que, como no se sabe muy bien cómo funciona ni cómo podría y debería funcionar la coordinación, se responde en la mitad de la escala y sin emitir realmente un juicio, porque 'normal' no es no bien ni mal.

La relación entre la coordinación del personal sanitario y la satisfacción de los usuarios siguió una distribución diagonal en la que los que creían que era mala estaban en general *poco satisfechos*, los que opinaban que era normal, mayoritariamente *bastante satisfechos*, y los que se inclinaban por buena y muy buena, estaban en su mayoría *muy satisfechos* (tabla 33.A).

A pesar de todo, el *índice de satisfacción con la coordinación entre el personal sanitario* bajó (con respecto a los demás índices del personal médico y de enfermería) a 3,774.

Con el ACP las variables de este grupo se han juntado en dos factores (tabla 59):

* **Factor 1**, al que llamamos *'trato_prof_cordi'*: Factor que tiene una correlación positiva muy alta con el trato humano dado por los profesionales de la enfermería y su competencia profesional (estas dos primeras variables son iguales en peso, sobre el primer factor del grupo, a las del personal médico), y ya, a algo más de distancia, con la coordinación existente entre el personal de enfermería y el personal médico. Como ya señalamos en el conjunto de datos del personal médico, el trato humano y la profesionalidad van muy unidos; cuanto mejor valorados fueron, más pesaron en el factor. Y, a medida que aumentó la coordinación, aumentó el peso del factor; lógicamente cuanta más coordinación exista, mejor es el trato y el servicio prestado.

* **Factor 2**, al que nombramos *'rapidez'*: Este es otro factor para el que tampoco existen problemas en la interpretación; tiene una correlación positiva altísima con una sola variable: la rapidez en acudir el personal de enfermería cuando era necesitado, al aumentar la rapidez, aumentó el peso del factor. De todos modos esta correlación tan alta también está *forzada* por la retención a mayores de este componente (como ya dijimos en el apartado 4.3.4.3.1., al retener más factores, retenemos más información y, por lo tanto, condensamos un mayor porcentaje de inercia).

Comunalidades: Todas las variables tienen comunalidades bastante altas (tabla 60); esto garantiza que se perdió poca información acerca de ellas cuando se sintetizaron por medio de los dos componentes.

La mejor representada es la rapidez en acudir, V35; desde siempre la agilidad en la resolución de problemas es algo muy bien valorado por la gente (no sólo en relación a la satisfacción de los usuarios de los servicios sanitarios). Además, al forzar un factor más en el análisis, esta variable ha acumulado una mayor inercia.

La peor representada es V37: cómo creían los usuarios que era la coordinación entre el personal de enfermería y médico que lo había cuidado (56%). La sensación general era de no saber muy bien cómo evaluar esta coordinación, y esta indefinición ante esta variable es la que, posiblemente, ha dado lugar a esta peor representación.

El DC arrojó los siguientes resultados utilizando como variables los dos factores de este grupo del ACP:

La variable más correlacionada con la función discriminante (tabla 91) fue *'rapidez'* (PE_2) con una correlación de 0,91091, y detrás *'trato_prof_cordi'* (PE_1) (correlación: 0,89672).

Los coeficientes estandarizados de la función discriminante canónica (tabla 91-B) nos informaron de que *'trato_prof_cordi'* ha sido la variable con mayor peso en la función discriminante (0,91141), seguida por *'rapidez'* (0,89721). El perfil de la satisfacción de los pacientes nos lo dan las dos variables, tal y como fueron definidas

anteriormente para el análisis factorial. Y vemos que también han mantenido el mismo peso que en el ACP.

Igual que en las veces anteriores, con probabilidades *a priori* del 33,3% y costes idénticos para los dos tipos de error (α y β), la función discriminante *acierta* aquí en el 58,1% de los casos a qué grupo de satisfacción pertenece un sujeto hospitalizado en el Complejo Hospitalario Juan Canalejo, clasificado desde este conjunto de variables. Pero vemos en la tabla 92 que en el grupo de *poco satisfechos* no hay aciertos.

Hicimos un segundo DC con este grupo de variables volviendo a utilizar los dos factores del ACP, uniéndoles los tres factores demográficos y socioeconómicos del ACP, y obtuvimos los siguientes resultados:

La variable más correlacionada con la función discriminante (tabla 93) fue *'trato_prof_cordi'* (PE_1) con una correlación de 0,82528, seguida de *'cla_ocu_se'* (D_SE_1) (correlación: 0,72393), de *'residencia'* (D_SE_3) (-0,58951), de *'rapidez'* (PE_2) (0,55828) y, por último, de *'eda_ci_es'* (D_SE_2) (0,17774).

Los coeficientes estandarizados de la función discriminante canónica (tabla 93-B) nos informaron de que *'trato_prof_cordi'* ha vuelto a ser la variable con mayor peso en la función discriminante (0,87757), seguida por *'cla_ocu_se'* (0,64651), por *'residencia'* (-0,54915) y por *'rapidez'* (0,32179).

El perfil de la satisfacción de los pacientes nos lo dan estas variables, tal y como fueron definidas anteriormente para el análisis factorial.

El análisis ha dejado fuera la variable-factor *'eda_ci_es'*. La unión de la edad, el estado civil y el nivel de estudios, no tienen peso suficiente para predecir la satisfacción de los usuarios en este modelo.

Aquí la función discriminante *acierta* en el 56,5% de los casos a qué grupo de satisfacción pertenece un sujeto, clasificado desde este conjunto de variables. El porcentaje global de aciertos es algo menor (tabla 94) que el del análisis anterior, pero tampoco hay aciertos en el grupo de *poco satisfechos*, aunque sus errores están hacia un sólo lado; los restantes porcentajes son similares, así que podemos considerar que

ambos modelos (éste y el primero) tienen una predictibilidad similar, algo mejor en éste.

Volvimos a hacer un tercer DC con este grupo de variables utilizando otra vez los dos factores del ACP, pero uniéndoles esta vez las siete variables originales demográficas y socioeconómicas. Los resultados fueron:

La variable más correlacionada con la función discriminante (tabla 95) fue la *ocupación* (V51) con una correlación de 0,46621, seguida del *nivel de estudios* (V50) (correlación: 0,41865), de *'trato_prof_cordi'* (PE_1) (-0,38323), del *sexo* (V8) (0,33772), de la *clase social* (V53) (0,24716), de *'rapidez'* (PE_2) (0,20945), del *estado civil* (V49) (0,17388), del *lugar de residencia* (V54) (-0,12154) y, por último, de la *edad* (G1) (-0,08838).

Los coeficientes estandarizados de la función discriminante canónica (tabla 95-B) nos informaron de que el *sexo* ha sido la variable con mayor peso en la función discriminante (0,96206), seguida por el *nivel de estudios* (0,91210), por *'trato_prof_cordi'* (PE_1) (-0,71650), por la *ocupación* (0,70409), por el *lugar de residencia* (0,54526), por el *estado civil* (0,50821), por la *edad* (-0,45300) y por la *clase social* (0,31424). El perfil de la satisfacción de los pacientes nos lo dan estas variables, tal y como fueron definidas anteriormente para el análisis factorial.

El análisis ha dejado fuera la variable-factor *'rapidez'*, que no se ha mostrado necesaria para predecir la satisfacción, dejando paso a las variables demográficas y socioeconómicas.

Aquí la función discriminante *acierta* en el 62,9% de los casos a qué grupo de satisfacción pertenece un sujeto, clasificado desde este conjunto de variables, y es el mayor porcentaje global de los tres análisis de él. Acierta mayores porcentajes (tabla 96) que los dos modelos anteriores en los *poco* y *muy satisfechos*, y el mismo en los *bastante satisfechos*. Por todo ello consideramos a este modelo como el predictor más preciso.

6.2.3.5. Datos del entorno

Las respuestas a cómo trabajó y se portó el ***personal de limpieza*** (tabla 30) obtuvieron mayores proporciones de 'muy bien' que las del ***estado de la habitación*** (tabla 33) (aunque la pregunta era cómo estaba de limpia y confortable), pero también de 'mal'; y menos de 'bien'. Los usuarios pensaban que había que hacer más limpieza, pero también que había que hacerla más a fondo, sobre todo en los baños y retretes.

La relación entre el trabajo del personal de limpieza y la satisfacción de los usuarios (tabla 34.A) se situó mayoritariamente en *bastante satisfechos*. Coincidiendo los que declararon que era muy bueno con mayores proporciones de *muy satisfechos*.

En la relación entre el estado de la habitación y la satisfacción de los usuarios (tabla 37.A) encontramos las mismas distribuciones que hemos dicho en el apartado anterior para el personal de limpieza.

El *índice de satisfacción con el personal de limpieza* fue más elevado (4,000) que el *índice de satisfacción con el estado de la habitación* (3,935), aunque, como podemos observar, quedaron muy cercanos.

Con el ***personal administrativo de la planta*** no tuvo contacto el 87% de la muestra (tabla 31) (ya explicamos en el conjunto de variables de ingreso y alta que los papeleos se les daban hechos). Y con el ***personal de radiología*** no lo tuvo el 30,5% de la muestra (tabla 32). Y entre el resto de la muestra, la mayoría señalaron que habían hecho su trabajo bien ambos grupos de personal.

Con el personal administrativo, quienes tuvieron contacto, están mayoritariamente *bastante satisfechos* (tabla 35.A). Igualmente con el personal de radiología, seguidos muy de cerca por los que están *muy satisfechos* (tabla 36.A).

Al tener una proporción elevada de usuarios que no contactaron con este personal, excluimos ambos grupos del análisis multivariante.

El ***ambiente de la habitación*** fue considerado de tranquilidad e intimidad siempre por el 32,3% de los usuarios y prácticamente en la misma proporción, cercana al 24%,

a veces y casi siempre (tabla 34). Lo cual resulta sorprendente dado que no era precisamente esa la impresión que daba.

Los que valoraban siempre o casi siempre tranquila, estaban, en su mayoría, *muy satisfechos* y el resto *bastante satisfechos* (tabla 38.A).

Pero se quejaban de masificación y falta de camas; añadiendo que en las habitaciones de cuatro personas deberían de dejar sólo tres, y, en diversas habitaciones, que deberían de hacerlas más grandes.

Y, por otro lado, añadían que habría que *poner* a las personas por edades y enfermedades, porque, al estar en la misma habitación, los menos enfermos tenían que ayudar a veces a los más enfermos, y en algunas ocasiones se hacía desagradable.

La ***comida*** fue considerada como buena casi por la mitad de la muestra (tabla 35), aunque añadieron que debería de ser más variada y en más cantidad, opinión no compartida por otros usuarios que decían que la cantidad era suficiente. En lo que sí solían coincidir los enfermos que necesitaban ayuda para comer era en que llegaba fría a veces, y otras veces lo que pasaba era que, como la dejaban un rato para dársela después, se enfriaba, en resumen, que había poca puntualidad en la distribución.

Aunque globalmente estaban *bastante satisfechos*, quienes creían que era muy buena estaban *muy satisfechos* y quienes la consideraban mala estaban *poco satisfechos* en un 20% (tabla 39.A).

Con el ACP las variables de este grupo se han aglutinado en dos factores (tabla 63):

* **Factor 1**, al que llamamos *'habi_pelim_tran'*: Tiene una correlación positiva alta con lo limpia y confortable que estuvo la habitación; algo menos con cómo trabajó y se portó el personal de limpieza; y algo menos con lo tranquila que estuvo la habitación y si tenían intimidad. Cuanto mejor valoradas fueron estas variables, más pesaron en el factor. Las dos primeras variables están muy relacionadas entre sí y también la tercera, como aspecto ambiental de la habitación.

* **Factor 2**, al que denominamos *'alimento'*: Es otro factor sin dudas en su interpretación, estando correlacionado positivamente con una sola variable: la comida; cuanto más positivamente la evaluaron, más pesó en el factor. Su correlación tan alta también está *forzada* por la retención a mayores de este componente (como explicamos ya en el apartado anterior sobre el personal de enfermería).

Comunalidades: Todas las variables tienen comunalidades bastante altas (tabla 64); esto garantiza que se perdió poca información acerca de ellas cuando se sintetizaron por medio de los dos factores.

La mejor representada es la comida recibida, V43. También forzamos en este análisis un factor más, acumulando así esta variable mayor inercia.

La peor representada es V42: cómo estuvo de tranquila la habitación y si había existido intimidad (56%). Esta variable está mal representada (no demasiado, ya que está por encima del 50%), en parte, porque son dos cosas distintas y habría que haberlas valorado por separado; de hecho hubo respuestas en las que dijeron que, aunque hubiese estado tranquila, al haber varios enfermos y poco espacio en la habitación, la intimidad era prácticamente imposible.

El DC arrojó los siguientes resultados utilizando como variables los dos factores de este grupo del ACP:

La variable más correlacionada con la función discriminante (tabla 97) fue *'alimento'* (E_2) con una correlación de 0,85773, y detrás *'habi_pelim_tran'* (E_1) (correlación: 0,73562).

Los coeficientes estandarizados de la función discriminante canónica (tabla 97-B) nos informaron de que *'habi_pelim_tran'* ha sido la variable con mayor peso en la función discriminante (0,87594), seguida por *'alimento'* (0,75123). El perfil de la satisfacción de los pacientes nos lo dan las dos variables, tal y como fueron definidas anteriormente para el análisis factorial. Y vemos que también han mantenido el mismo peso que en el ACP.

Igual que en las veces anteriores, con probabilidades *a priori* del 33,3% y costes idénticos para los dos tipos de error (α y β), la función discriminante *acierta* aquí en el 75,8% de los casos a qué grupo de satisfacción pertenece un sujeto hospitalizado en el Complejo Hospitalario Juan Canalejo, clasificado desde este conjunto de variables. Pero vemos en la tabla 98 que en el grupo de *poco satisfechos* no hay aciertos.

Hicimos un segundo DC con este grupo de variables volviendo a utilizar los dos factores del ACP, uniéndoles los tres factores demográficos y socioeconómicos del ACP, y obtuvimos los siguientes resultados:

La variable más correlacionada con la función discriminante (tabla 99) fue *'habi_pelim_tran'* (E_1) con una correlación de 0,69877, seguida de *'alimento'* (E_2) (correlación: 0,52853), de *'residencia'* (D_SE_3) (-0,50192), de *'cla_ocu_se'* (D_SE_1) (0,32891) y, por último, de *'eda_ci_es'* (D_SE_2) (0,20462).

Los coeficientes estandarizados de la función discriminante canónica (tabla 99-B) nos informaron de que *'habi_pelim_tran'* ha vuelto a ser la variable con mayor peso en la función discriminante (0,90088), seguida por *'alimento'* (0,72647), por *'cla_ocu_se'* (0,51085) y por *'residencia'* (-0,50466). El perfil de la satisfacción de los pacientes nos lo dan estas variables, tal y como fueron definidas anteriormente para el análisis factorial.

El análisis ha dejado fuera la variable-factor *'eda_ci_es'*. La unión de la edad, el estado civil y el nivel de estudios, no tienen peso suficiente para predecir la satisfacción de los usuarios en este modelo.

Aquí la función discriminante *acierta* en el 77,4% de los casos a qué grupo de satisfacción pertenece un sujeto, clasificado desde este conjunto de variables. El porcentaje global de aciertos es algo mayor (tabla 100) que el del análisis anterior, y hay más aciertos en el grupo de *bastante satisfechos*; así que, aunque podríamos considerar que ambos modelos (éste y el primero) tienen una predictibilidad similar, éste es algo mejor.

Volvimos a hacer un tercer DC con este grupo de variables utilizando otra vez los dos factores del ACP, pero uniéndoles esta vez las siete variables originales demográficas y socioeconómicas. Los resultados fueron:

La variable más correlacionada con la función discriminante (tabla 101) volvió a ser *'habi_pelim_tran'* (E_1) con una correlación de -0,55699, seguida del *nivel de estudios* (V50) (correlación: -0,47146), de *'alimento'* (E_2) (correlación: -0,42498), de la *ocupación* (V51) (0,34690), del *sexo* (V8) (0,28238), de la *clase social* (V53) (0,27462), del *lugar de residencia* (V54) (0,15293), de la *edad* (G1) (-0,07584) y, por último, del *estado civil* (V49) (0,06941).

Los coeficientes estandarizados de la función discriminante canónica (tabla 101-B) nos informaron de que el *nivel de estudios* ha sido la variable con mayor peso en la función discriminante (-0,94332), seguida por *'alimento'* (-0,77346), por *'habi_pelim_tran'* (-0,74127), por el *sexo* (0,73928), por el *lugar de residencia* (0,58079), por la *edad* (-0,51625) y por la *ocupación* (0,40689). El perfil de la satisfacción de los pacientes nos lo dan estas variables, tal y como fueron definidas anteriormente para el análisis factorial.

El análisis ha dejado fuera las variables *estado civil* y *clase social*, que no se han mostrado buenas predictoras de la satisfacción dentro de este conjunto de variables.

Aquí la función discriminante *acierta* en el 79% de los casos a qué grupo de satisfacción pertenece un sujeto, clasificado desde este conjunto de variables, y es el mayor porcentaje global de los tres análisis de él. Acierta un mayor porcentaje (tabla 102) que los dos modelos anteriores en los *poco satisfechos*, y los mismos en los *bastante* y *muy satisfechos*. Por todo ello consideramos a este modelo como el predictor más preciso.

6.2.3.6. Resumen

Queremos destacar como características más llamativas en la predicción de la satisfacción de los usuarios, desde el DC realizado para este estudio, las siguientes:

Mayor peso

Excepto en el grupo de datos demográficos y socioeconómicos (cuyo análisis fue algo distinto de los demás ya que sólo dispone de dos partes por ser los dos conjuntos de variables que se unen a todos los demás grupos), el mayor peso, tanto en la primera parte del análisis (con los factores del ACP de cada grupo), como en la segunda (añadiéndoles a estos factores los tres demográficos y socioeconómicos) ha sido siempre para el mismo factor: *'ayu_otro'* en los datos de gestión de recursos, *'admisión'* en los datos de ingreso y alta, *'trato_prof_visi'* en los datos del personal médico, *'trato_prof_cordi'* en los datos del personal de enfermería y *'habi_pelim_tran'* en los datos del entorno. Vemos que existe una coherencia entre ellos (es muy clara entre los datos del personal médico y de enfermería), y entre ellos y la satisfacción, nos damos cuenta de qué es lo que valoran más los usuarios.

En la tercera parte del análisis (con los factores del ACP de cada grupo, añadiéndoles las siete variables originales demográficas y socioeconómicas), el mayor peso dejó de ser para uno de los factores del grupo y pasó a ser para una de las variables demográficas y socioeconómicas, habiéndose repartido de la siguiente manera: el *sexo* en los datos de ingreso y alta, del personal médico y del personal de enfermería (a pesar de existir algún autor que opina que, en los estudios analíticos, el sexo de los usuarios tiene poco valor predictivo en el conjunto de las pautas sanitarias[494], ese no es el caso de nuestro trabajo); el *nivel de estudios* en los datos del entorno y en los demográficos y socioeconómicos; y la *ocupación* en los datos de gestión de recursos. Vuelve a existir una coherencia, dado que los profesionales se comportan de distinta forma según sean médicas o médicos[495,496,497], y tratan de distinta forma a los usuarios según sean mujeres u hombres, y lo mismo sucede al revés, también los usuarios se comportan de distinta forma según su sexo y el del profesional que los consulta[498]; el nivel de estudios es muy importante, como ya dijimos en el apartado de datos demográficos y socioeconómicos, e influye claramente en nuestras relaciones con el entorno; y, por último, la ocupación es la que ayuda mejor a analizar la parte más laboral, o sea, la gestión de los recursos.

Quedaron fuera

La *clase social* en los datos demográficos y socioeconómicos, de gestión de los recursos, de ingreso y alta, y del entorno; la variable-factor *'eda_ci_es'* (edad, estado civil y nivel de estudios agrupadas) en los datos demográficos y socioeconómicos, del personal de enfermería y del entorno, y el *estado civil* en los datos del entorno (tercera parte del análisis); y en los datos del personal médico, quedó fuera en las tres partes del análisis (y solamente ella las tres veces) la variable-factor *'explica_nombre'*. Esto nos da una idea de qué variables no se mostraron necesarias en qué grupos de datos.

Predictibilidad de los modelos

En los datos de gestión de recursos, y de ingreso y alta, fue mejor predictora la primera parte del análisis DC (sin los factores demográficos y socioeconómicos) que la segunda (con ellos), con lo cual estos factores no les aportaron nada.

Pero fue mejor predictora la segunda parte que la primera, en los datos del personal médico, del personal de enfermería y del entorno.

El grupo de datos demográficos y socioeconómicos, como acabamos de decir más arriba, tiene un análisis algo distinto de los otros, sólo con dos partes: la primera con los factores y la segunda con las variables originales. Fue la segunda la mejor predictora. Con lo cual tenemos que reconocer que las variables demográficas y socioeconómicas originales son mejores predictoras que sus factores para este conjunto de datos.

Volvemos a ver esto mismo al analizar las terceras partes de todos los demás conjuntos de análisis: son *todas* ellas las mejores predictoras.

Así podemos afirmar que las variables demográficas y socioeconómicas originales ayudan a clasificar mejor a los sujetos en sus respectivos grupos de satisfacción en todos los conjuntos de datos, aunque ellas por sí solas, sólo clasificarían bien a un 64,5% de los sujetos, que es el porcentaje prácticamente más bajo de todas las terceras partes de los análisis, solamente tiene inferior a él el del personal de enfermería con un 62,9% (nos estamos refiriendo a los porcentajes de cada conjunto con las variables originales).

Esta mejoría en los porcentajes de predictibilidad de las variables originales sobre sus factores es debido probablemente a que estos han perdido inercia al unificarlas, como ya hemos explicado en varios lugares anteriormente.

6.2.3.7. Análisis final

Las comparaciones de índices entre los diversos estudios se hace difícil dado que las variables analizadas no suelen coincidir. Vamos a hacer las que nos sean posibles, pero teniendo en cuenta siempre que en todo estudio de opiniones de usuarios es peligroso hacer comparaciones de datos e índices, dado que una población más crítica puede dar resultados más bajos con una información y práctica clínica mejores, que otras poblaciones con peor información y práctica clínica, pero menos exigentes.

Los índices de satisfacción de mayor peso fueron: en primer lugar 'con su mejoría tras la hospitalización' (4,81), aunque ya dijimos que esta variable podría funcionar como la satisfacción global, dado que también hace una valoración conjunta y, por lo tanto, para analizar los servicios más concretos es mejor no tenerla en cuenta; después tenemos: 'con la facilidad para conseguir a su médico' (4,78), aunque ya habíamos comentado que aquí lo que evaluaron realmente los usuarios, fue el hecho de poder conseguir un médico cuando lo necesitaban y no precisamente al *suyo* porque el que acudía muchas veces era el de urgencias; así que podemos contar con que el primer índice está a partir de aquí, y sería: 'con la competencia profesional médica' (4,54) y 'con el trato humano médico' (4,54), que tienen el mismo; detrás: 'con la competencia profesional de enfermería' (4,48), 'con el trato humano de enfermería' (4,45), 'con el ser tenido en cuenta' (4,24) y, ya a más distancia: 'con el entendimiento de la información médica' (4,17); siendo los últimos (los de menor peso): 'con el ambiente de la habitación' (3,58), 'con el momento del alta' (3,56), 'con el momento del ingreso' (3,33), 'con el tiempo pasado en el hospital' (con cómo consideran que fue de necesario) (3,28), 'con la ayuda prestada a sus necesidades' (2,90) y 'con el tiempo en lista de espera' (2,57).

El estudio estadounidense más completo que se ha llevado a cabo[371] ha sido realizado en hospitales en los que el paciente y/o sus seguros (*Health Maintenance*

Organizations) pagan parte de los gastos, no hay que olvidar esto a la hora de analizar sus datos. Sus mayores pesos fueron para: 'con la habilidad profesional médica' (4,40), 'con la preocupación y cuidado médicos' (4,34), iguales a los dos primeros nuestros; 'con el respeto hacia Vd. de los profesionales médicos' (4,30), bastante comparable a nuestro *ser tenido en cuenta*, el hecho de que lo valoren con una puntuación más elevada puede responder a que, como decíamos antes, en EE.UU. es una medicina semiprivada, al igual que el siguiente, 'con el trabajo en equipo del personal médico' (4,23), y el siguiente, 'con el material médico' (4,23). El más bajo fue: 'con la calidad de los alimentos' (3,37); a la alimentación y lo que nosotros llamamos *datos del entorno*, se les suelen llamar las *condiciones hoteleras*, generalmente es lo peor valorado en todos los estudios. Siguieron: 'con la eficacia de la facturación' (3,60) y 'con las explicaciones de costos y manejos de facturas' (3,63), cuestiones que en nuestro estudio no podemos valorar; 'con el aparcamiento' (3,64), que tampoco evaluamos. 'Con la preparación para la admisión' (3,82) y 'con la eficacia en el proceso de admisión' (3,83), equivalentes, y también en los últimos puestos a nuestros *tiempo en lista de espera* y *momento del ingreso*.

El estudio del INSALUD[275] concentró sus mayores pesos en los índices de satisfacción: 'con el personal médico' (4,31), 'con el personal de enfermería' (4,21), 'con el trato personal' (4,11) y 'con la rapidez en la atención' (4,04), similares también a los nuestros. Y los más bajos en: 'con la comida' (3,78), 'con la habitación' (3,72) y 'con el contacto con los familiares' (3,62), volvemos a tener los datos *hoteleros* y el tema de las visitas en los últimos puestos.

En nuestro estudio, los datos del entorno u hoteleros no obtuvieron los índices más bajos. Se encuentran en zonas intermedias, aunque hacia el final de la lista: 'con el estado de la habitación' (3,93) está de 13° entre los 22 índices que hay, 'con la alimentación' (3,77) de 15° (puesto en el que también se halla 'con la coordinación entre el personal sanitario': 3,77) y 'con el ambiente de la habitación' (3,58) de 17° (de 6° empezando por el final). De 16° está 'con la adecuación de los horarios de visitas' (3,66).

Hemos utilizado para el ACP, como variables en este análisis final, los factores retenidos en cada grupo (tabla 65), y estos se han reunido en siete factores finales (tabla 67):

* **Factor 1**, al que llamamos *'FIN_1'*: Tiene una correlación positiva alta con *'cuen_ahora'* (GR_2) [con que el usuario sienta que se le ha tenido en cuenta y con cómo se encuentra al alta] y también con otras variables pero ya algo menos, como son *'trato_prof_visi'* (PM_1) [con el trato humano dado por los profesionales de la medicina, con su profesionalidad y con la frecuencia de la visita médica] y *'rapidez'* (PE_2) [con la rapidez en acudir el personal de enfermería], y ya más baja con *'momentos'* (I_A_2) [con el momento del ingreso y del alta] y con *'cla_ocu_se'* (D_SE_1) [con la clase social: mayor peso las más bajas, la ocupación: mayor peso las personas que no trabajan, y el sexo: mayor peso las mujeres].

Ya hemos hablado de estos factores en sus respectivos grupos. Vemos que hay *un poco de todo* en este primer factor: variables de gestión de recursos, de los profesionales médicos, de los profesionales de enfermería, de ingreso y alta, y demográficos y socioeconómicos.

Por el orden que están, pesan más en este primer factor, que es, a su vez, el de mayor peso en el análisis ACP.

Así que nos queda en primer lugar el haber sido tenidos en cuenta, o, como ya hemos dicho con anterioridad, el sentirse tratados como seres humanos, y el cómo se sienten al alta, que, también lo dijimos ya, es una variable que podría actuar asimismo como dependiente, al igual que lo ha hecho en este estudio la satisfacción global; y ese es el trabajo que habría que realizar en un futuro, comprobar si con esta otra variable dependiente los resultados del ACP y del DC son iguales o distintos a estos.

Las dos siguientes variables coinciden con las de otros estudios, como ya vimos en los índices, y por ellas vemos que los usuarios no valoran lo mismo en el personal de enfermería que en el médico. Pero de todos modos, son muy importantes las variables que entran dentro del campo de la llamada *relación sanitarios-usuarios*.

Es de reseñar que el ACP va confirmando los resultados que obtuvimos en los análisis uni y bivariante; y que los pesos en los factores confirman los índices de satisfacción.

* **Factor 2**, al que nombramos *'FIN_2'*: Con correlación positiva elevada con dos variables, *'alimento'* (E_2) [con la comida recibida] y *'trato_prof_cordi'* (PE_1) [con el trato humano dado por los profesionales de la enfermería, con su profesionalidad y con la coordinación existente entre los profesionales sanitarios].

Era esperable la relación con los profesionales de enfermería, pero no lo era tanto con el alimento, que en otros estudios había quedado con menores pesos.

* **Factor 3**, al que denominamos *'FIN_3'*: Correlacionado negativamente con *'hospital'* (GR_1), a medida que aumentó el factor, disminuyó su peso (y al revés), o sea, cuando disminuyeron el número de otros tratamientos y otras hospitalizaciones en el mismo hospital, aumentó el peso de este factor, y aumentó también con las hospitalizaciones médicas. Hay pocas variables con correlación negativa en este análisis final, lo cual nos indica que, analizadas en conjunto, pesan al revés que haciéndolo por grupos de datos separados.

Y positivamente con *'residencia'* (D_SE_3) [con el lugar en donde vive: mayor peso la gran urbe] y *'explica_nombre'* (PM_2) [con las explicaciones dadas por los profesionales: más peso a peor entendimiento de ellas, y con saber o no el nombre del médico: mayor peso saberlo]. Vuelve a cobrar importancia el tema de la accesibilidad al centro y el de la comunicación con los profesionales.

* **Factor 4**, al que designamos *'FIN_4'*: Su mayor correlación positiva es con *'habi_pelim_tran'* (E_1) [con la limpieza y confortabilidad de la habitación, con el personal de limpieza, y con la tranquilidad e intimidad de la habitación] y con *'visitas_tiem'* (GR_5) [con las visitas y con cómo creen que fue de adecuado el tiempo de hospitalización: mayor peso al creer que pasaron menos tiempo del necesario]; y, algo menos ya, con *'eda_ci_es'* (D_SE_2) [con la edad: más peso cuanto mayor es, con el estado civil: más peso los viudos, y con el nivel de estudios: más peso las personas sin estudios o con ellos incompletos].

Este factor nos correlaciona los datos *hoteleros* con *'eda_ci_es'* cuestiones que ya aparecen relacionadas en otros estudios[275].

* **Factor 5**, al que nominamos *'FIN_5'*: Correlacionado positivamente con una sola variable, *'mejora_tiempoin'* (GR_4) [con el hecho de poder mejorar la asistencia: mayor peso para quien no sabe o dice que sí, y con el tiempo pasado ingresado: mayor peso a más tiempo].

Esta variable-factor al haber estado relacionada con el factor 4º del conjunto de datos de gestión de recursos, ya nos dio anteriormente una idea de peso *intermedio* en el ACP, es importante pero con relatividad. Lo que sí hace es especificar este factor ella sola.

* **Factor 6**, al que llamamos *'FIN_6'*: Tiene una correlación positiva alta con la variable *'admisión'* (I_A_1) [con la forma de ingresar: urgencias menor peso que todas las demás unidas, y con el tiempo pasado en lista de espera: mayor peso a más tiempo].

Llama la atención que algo de lo que se queja mucho la gente, como es el ingreso, al valorarlo haya quedado casi al final. Lo que está claro es que está muy definido este factor al depender de una sola variable-factor.

* **Factor 7**, al que nombramos *'FIN_7'*: Su correlación positiva es elevada con una sola variable, *'ayu_otro'* (GR_3) [con la ayuda necesitada y con las hospitalizaciones en otros hospitales]. Seguimos viendo que, aunque las experiencias previas son importantes por las expectativas que generan, vuelven a quedar las de otros hospitales detrás de las del mismo hospital. Esta variable-factor también define muy bien a este factor.

Comunalidades: Las variables peor representadas (tabla 68) por los siete factores retenidos son las demográficas y socioeconómicas y la *'rapidez'* del personal de enfermería (PE_2); aunque todas tienen más del 50%, por lo que no se pueden considerar *mal* representadas. Habíamos dicho en el resumen del DC por conjuntos de datos que las variables demográficas y socioeconómicas, por sí solas, sólo clasificaban bien a un 64,5% de los sujetos, que era el porcentaje prácticamente más bajo de todos los análisis, y que solamente tenía inferior a él el del personal de enfermería con un

62,9%; vemos que existe un paralelismo entre estos dos tipos de resultados. Por otro lado, llama la atención que la PE_2 es una variable que le da bastante peso al primer factor, lo cual refuerza el hecho de que realmente no está *mal* representada, como decíamos antes.

Y las mejor representadas, con unos porcentajes muy similares, son: *'visitas_tiem'* (GR_5), *'alimento'* (E_2) y *'ayu_otro'* (GR_3); las dos de gestión de recursos ya habían estado muy correlacionadas con la función discriminante del DC (y vuelve a existir paralelismo).

El análisis final DC, como ya hemos explicado en el apartado de *Resultados*, lo hemos realizado de dos formas distintas: una con los siete factores finales del ACP final y otra con los factores finales de cada grupo de datos. Aunque, como acabamos de discutir los datos del ACP, parecería lógico empezar por ese DC, vamos a analizarlos al revés, comenzando por el DC de los factores de cada grupo porque estos siguen el organigrama de los anteriores DD.CC., o sea, las tres partes del análisis tal y como las veníamos haciendo: primero los factores de todos los grupos excepto los del grupo demográfico y socioeconómico, después con los factores demográficos y socioeconómicos, y, para acabar, en vez de con estos factores, con las variables originales demográficas y socioeconómicas. El DC de los factores finales del ACP es algo diferente pues al estar ya incluidos los datos demográficos y socioeconómicos entre los demás, aparecen distribuidos por los siete factores, y este análisis sólo tiene una parte.

<u>El DC final arrojó los siguientes resultados utilizando como variables los factores finales de los grupos del ACP:</u>

La variable más correlacionada con la función discriminante (tabla 103) fue *'ayu_otro'* (GR_3) con una correlación de 0,57109, seguida de *'habi_pelim_tran'* (E_1) (correlación: 0,46850), de *'alimento'* (E_2) (0,36506), de *'cuen_ahora'* (GR_2) (-0,31804), de *'visitas_tiem'* (GR_5) (0,31713), de *'trato_prof_cordi'* (PE_1) (0,24826), de *'hospital'* (GR_1) (-0,24391), de *'rapidez'* (PE_2) (-0,22961), de *'trato_prof_visi'*

(PM_1) (0,17373), de *'momentos'* (I_A_2) (0,14731), de *'mejora_tiempoin'* (GR_4) (0,11108), de *'admisión'* (I_A_1) (-0,10626) y, por último, de *'explica_nombre'* (PM_2) (0,07612).

Los coeficientes estandarizados de la función discriminante canónica (tabla 103-B) nos informaron de que *'habi_pelim_tran'* ha sido la variable con mayor peso en la función discriminante (0,76287), seguida por *'hospital'* (-0,69731), por *'ayu_otro'* (0,67261), por *'cuen_ahora'* (-0,66917), por *'alimento'* (0,61947), por *'momentos'* (-0,45584), por *'trato_prof_cordi'* (0,42407), por *'trato_prof_visi'* (0,36815), por *'visitas_tiem'* (0,30076), por *'explica_nombre'* (-0,27719), por *'admisión'* (-0,26925), por *'rapidez'* (0,19168) y por *'mejora_tiempoin'* (-0,16874). El perfil de la satisfacción de los pacientes nos lo dan estas variables, tal y como fueron definidas anteriormente para el análisis factorial.

Igual que en las veces anteriores, con probabilidades *a priori* del 33,3% y costes idénticos para los dos tipos de error (α y β), la función discriminante *acierta* aquí en el 83,9% de los casos a qué grupo de satisfacción pertenece un sujeto hospitalizado en el Complejo Hospitalario Juan Canalejo, clasificado desde este conjunto de variables. De todos modos podemos ver en la tabla 104 que hay *pérdidas* de sujetos entre los que están *bastante satisfechos* hacia los *poco* y hacia los *muy satisfechos*, y entre los *muy satisfechos* hacia los *bastante*.

Hicimos un segundo DC con este grupo de variables volviendo a utilizar todos los factores anteriores del ACP, uniéndoles los tres factores demográficos y socioeconómicos del ACP, y obtuvimos los siguientes resultados:

La variable más correlacionada con la función discriminante (tabla 105) volvió a ser *'ayu_otro'* (GR_3) con una correlación de 0,55346, seguida de *'habi_pelim_tran'* (E_1) (correlación: 0,44856), de *'alimento'* (E_2) (0,34822), de *'cuen_ahora'* (GR_2) (-0,31084), de *'visitas_tiem'* (GR_5) (0,30321), de *'trato_prof_cordi'* (PE_1) (0,23667), de *'hospital'* (GR_1) (-0,23313) y de *'rapidez'* (PE_2) (-0,22327). Hasta aquí han llevado el mismo orden que en el análisis anterior. Y, a continuación, entra el primer factor demográfico y socioeconómico: *'residencia'* (D_SE_3) (0,20187), que va seguido

ya, como en el análisis anterior, de *'trato_prof_visi'* (PM_1) (0,16583), de *'momentos'* (I_A_2) (0,14108), de *'mejora_tiempoin'* (GR_4) (0,10760), de *'admisión'* (I_A_1) (-0,10438), de *'eda_ci_es'* (D_SE_2) (-0,08331), de *'explica_nombre'* (PM_2) (0,07353) y, por último, de *'cla_ocu_se'* (D_SE_1) (-0,02661). Las variables que estaban en el análisis anterior, han ido en éste en el mismo orden.

Los coeficientes estandarizados de la función discriminante canónica (tabla 105-B) nos informaron de que de que *'habi_pelim_tran'* volvió a ser la variable con mayor peso en la función discriminante (0,87268), seguida por *'hospital'* (-0,72868), por *'ayu_otro'* (0,69130), por *'cuen_ahora'* (-0,66029) y por *'alimento'* (0,64311). Hasta aquí, han llevado el mismo orden que en el análisis anterior. Y van seguidas: por *'trato_prof_cordi'* (0,47329), por *'momentos'* (-0,44899), por *'residencia'* (-0,33426), por *'trato_prof_visi'* (0,32093), por *'visitas_tiem'* (0,30896), por *'admisión'* (-0,29665), por *'eda_ci_es'* (-0,28191), por *'explica_nombre'* (-0,22058), por *'rapidez'* (0,22031) y por *'mejora_tiempoin'* (-0,20884). Han continuado, prácticamente todos, en el orden del análisis anterior. El perfil de la satisfacción de los pacientes nos lo dan estas variables, tal y como fueron definidas anteriormente para el análisis factorial.

El análisis ha dejado fuera la variable-factor *'cla_ocu_se'*.

Aquí la función discriminante *acierta* en el 82,3% de los casos a qué grupo de satisfacción pertenece un sujeto, clasificado desde este conjunto de variables. El porcentaje global de aciertos está muy cercano al del análisis anterior. Aciertan ambos (tablas 106 y 104) un porcentaje muy similar de sujetos en cada uno de los tres grupos de satisfacción (éste más en los *bastante* pero menos en los *muy satisfechos*), y también en ambos hay *pérdidas* en los *bastante satisfechos* hacia las otras dos opciones, así que tienen una predictibilidad muy similar, podríamos decir que algo mayor la del primer modelo por el mayor porcentaje global de aciertos, pero la diferencia es casi insignificante.

Volvimos a hacer un tercer DC con este grupo de variables utilizando otra vez todos los factores del ACP del primer DC, pero uniéndoles esta vez las siete variables originales demográficas y socioeconómicas. Los resultados fueron:

La variable más correlacionada con la función discriminante (tabla 107) fue *'habi_pelim_tran'* (E_1) con una correlación de 0,39526 (había sido la segunda en los otros dos análisis), seguida de *'ayu_otro'* (GR_3) (correlación: -0,37138) (antes había sido la primera), de *'alimento'* (E_2) (0,32326), del *nivel de estudios* (V50) (-0,27918), de *'visitas_tiem'* (GR_5) (-0,24959), de la *ocupación* (V51) (-0,24607), de *'trato_prof_cordi'* (PE_1) (0,22162), de *'rapidez'* (PE_2) (0,21482), de *'hospital'* (GR_1) (-0,20945), del *sexo* (V8) (0,20755), de *'cuen_ahora'* (GR_2) (0,20605), de *'trato_prof_visi'* (PM_1) (0,15228), de *'mejora_tiempoin'* (GR_4) (-0,12065), de la *clase social* (V53) (0,11743), de *'momentos'* (I_A_2) (-0,11342), de la *edad* (G1) (0,09896), del *estado civil* (V49) (-0,09409), del *lugar de residencia* (V54) (0,09289), de *'explica_nombre'* (PM_2) (-0,05193), y, por último, de *'admisión'* (I_A_1) (0,02137).

Los coeficientes estandarizados de la función discriminante canónica (tabla 107-B) nos informaron de que *'hospital'* ha sido la variable con mayor peso en la función discriminante (-0,69360), seguida por el *sexo* (0,68481), por el *lugar de residencia* (0,63409), por *'alimento'* (0,61023), por *'ayu_otro'* (-0,58845), por *'cuen_ahora'* (0,57261), por *'habi_pelim_tran'* (0,55249), por la *ocupación* (0,50580), por el *estado civil* (-0,46319), por *'trato_prof_cordi'* (0,44894), por el *nivel de estudios* (-0,44474), por *'visitas_tiem'* (0,42666), por *'momentos'* (-0,40861), por *'explica_nombre'* (0,26039) y por *'trato_prof_visi'* (-0,23824). El perfil de la satisfacción de los pacientes nos lo dan estas variables, tal y como fueron definidas anteriormente para el análisis factorial.

El análisis ha dejado fuera las variables *'mejora_tiempoin'*, *'admisión'*, *'rapidez'*, *edad* y *clase social*.

Aquí la función discriminante *acierta* en el 83,3% de los casos a qué grupo de satisfacción pertenece un sujeto, clasificado desde este conjunto de variables; este porcentaje global es casi igual que el del primer análisis. Acierta iguales porcentajes (tabla 108) que el primer modelo, y los errores se producen, en los tres grupos de satisfacción: *muy*, *bastante* y *poco satisfechos*, hacia un solo lado. Por todo ello

consideramos a este modelo como el predictor más preciso, aunque en este análisis final, los otros dos modelos están muy cercanos a éste (más el primero que el segundo).

El DC final arrojó los siguientes resultados utilizando como variables los siete factores finales del ACP final:

La variable más correlacionada con la función discriminante (tabla 109) fue *'FIN_7'* con una correlación de 0,59990, seguida de *'FIN_2'* (correlación: 0,54693), de *'FIN_4'* (0,51015), de *'FIN_3'* (0,44015), de *'FIN_1'* (-0,40543), de *'FIN_6'* (0,16348) y, por último, de *'FIN_5'* (-0,11993).

Los coeficientes estandarizados de la función discriminante canónica (tabla 109-B) nos informaron de que *'FIN_2'* ha sido la variable con mayor peso en la función discriminante (0,71725), seguida por *'FIN_4'* (0,67702), por *'FIN_7'* (0,62538), por *'FIN_3'* (0,45128), por *'FIN_1'* (-0,41559), por *'FIN_6'* (0,24584) y por *'FIN_5'* (-0,18154). El perfil de la satisfacción de los pacientes nos lo dan estas variables, tal y como fueron definidas anteriormente para el análisis factorial.

Igual que en las veces anteriores, con probabilidades *a priori* del 33,3% y costes idénticos para los dos tipos de error (α y β), la función discriminante *acierta* aquí en el 77,4% de los casos a qué grupo de satisfacción pertenece un sujeto hospitalizado en el Complejo Hospitalario Juan Canalejo, clasificado desde este conjunto de variables. En la tabla 110 podemos ver que hay *pérdidas* de sujetos entre los que están *poco satisfechos* hacia los *bastante* y *muy satisfechos*, entre los *bastante satisfechos* hacia los *muy*, y entre los *muy satisfechos* hacia los *bastante*.

Este modelo predictor es peor que el tercero del análisis anterior, pero disminuir el número de variables es una ventaja, y tampoco vamos a poder trabajar siempre con un número grande de variables, como hemos hecho esta vez. Además, un *acierto* del 77,4% sobre el 33,3% que nos daría el azar, es el logrado por un buen modelo.

Podemos observar en la figura 16 que los centroides de grupo de los *bastante* y *muy satisfechos*, se hallan cercanos, y que los centroides de los *poco satisfechos* están bastante más alejados. Esto nos indica que los usuarios poco satisfechos son más

diferentes al resto, y que los otros dos conjuntos de usuarios (*bastante* y *muy satisfechos*) están más cercanos entre sí y comparten más características afines.

6.2.3.8. Insatisfacción

La satisfacción y, por lo tanto, la insatisfacción de los usuarios, podemos analizarlas desde dos puntos de vista:

* El de las personas que quieren destacar la valoración positiva de la calidad y buen hacer de los servicios sanitarios, quienes harían énfasis, sobre todo, en las elevadas proporciones de usuarios *muy* y *bastante satisfechos*, y en que en una escala de puntuación de 1 a 5, el índice de satisfacción global que nos dio (4,371) implica una satisfacción elevada.

* El de las personas que quieren buscar las deficiencias existentes aún en los servicios sanitarios y superarlas para mejorarlos, quienes enfatizarían la búsqueda de los motivos de insatisfacción.

Los porcentajes elevados de satisfacción no son exclusivos de nuestro estudio, es general y generalizable a todos los estudios de satisfacción. Es obvio que, al igual que al preguntarle al usuario cómo se siente al alta y si cree que ha mejorado o no, lo que estamos evaluando es la sensación de que le han curado, y, por lo tanto, disminuye su crítica hacia lo que no le ha gustado. Y aquí nos queda una *asignatura* pendiente, el estudio de las insatisfacciones de una manera directa, que habría que hacer mediante métodos cualitativos de entrevista y observación, categorizando las respuestas.

Hay quien le ve una limitación a este tipo de encuestas (realmente a todas, pero en éstas influiría de una manera distinta), y es que no tienen en cuenta (no se pueden entrevistar) a las personas fallecidas, y esto podría influir de alguna manera en el alto porcentaje de satisfacción. La verdad es que, al menos en principio, no lo vemos probable. El hecho de la muerte de los enfermos no tiene por qué estar relacionado con una menor satisfacción con los servicios recibidos; sí lo estaría con una peor

autopercepción de la salud o con un mayor malestar general o, incluso, con mayor dolor (aunque esto último tampoco tiene por qué suceder).

La Encuesta de Marketing Sanitario de Navarra de 1993 afirma: "Con relación a la asistencia sanitaria recibida en los últimos seis meses 'todo estaba bien' para el 52,5% de los encuestados, y entre los aspectos mejor valorados son el buen trato y la amabilidad del personal y la buena asistencia médica los que obtienen un mayor grado de acuerdo".

La Encuesta de Salud de Navarra[421] presenta algunos datos en relación con la insatisfacción de las personas que han utilizado algún servicio sanitario: "De las personas que han acudido a consulta con un profesional de la salud[i] en los últimos 14 días, previos a la realización de la encuesta, un 10% manifiesta algún motivo de insatisfacción. En este grupo, las quejas más frecuentes son disconformidad con la valoración, diagnóstico o tratamiento (25%), precio elevado (en las consultas privadas) (20%) y excesivo tiempo de espera para la consulta concertada previamente (18%).

El 97% de las personas hospitalizadas en el último año, hacen una valoración de la misma (sólo se preguntaba a los presentes en el momento de realizar la encuesta). De estos, un 15% manifiesta alguna queja siendo la más frecuente (50%) la referida a las 'deficientes condiciones hoteleras'".

Podemos observar los datos navarros en la tabla 118:

[i] En el concepto de profesional de la salud incluyeron a médicos, dentistas, ATS/DUE, farmacéuticos, ópticos, curanderos-brujos, otros profesionales (psicólogos, trabajadores sociales); incluyendo profesionales tanto del sistema público como del privado.

Tabla 118. Principales motivos de insatisfacción de la hospitalización. Navarra. Año 1990. (n=297).

	N	%
Ninguno	251	84,6
Excesivo tiempo de espera	5	1,7
Deficientes condiciones hoteleras	20	6,9
Trato frío, distante	4	1,3
Precio elevado	1	0,3
Desacuerdo con diagnóstico, tratamiento	10	3,5
Deficiente organización	5	1,7

Fuente: Departamento de Salud. *¿Cómo estamos de salud? Encuesta Salud 1990-1991.* Pamplona: Gobierno de Navarra, 1994.

En nuestro estudio el 56,5% de los entrevistados responden específicamente *cosas que pueden y deben mejorarse*. Ya las hemos ido comentando en sus respectivos apartados, pero queremos insistir en las tres quejas más frecuentes: masificación y demasiadas visitas, de las que ya hemos hablado, y añadir otra de la que no dijimos aún nada, y que nos llamó la atención, la gran cantidad de demandas sobre los baños (que necesitaban mejores instalaciones, más limpieza, agua caliente, toallas de baño, duchas en las habitaciones... y otro orden de prioridad para poderse bañar en las salas en donde son comunes: "No hay derecho a que vayan primero los hombres siempre").

Con respecto a nuestro trabajo y las satisfacciones o insatisfacciones causadas por él..., estamos de acuerdo con otros autores que manifiestan que por el momento, el objetivo de la ciencia no es la verdad absoluta, sino elaborar teorías que sean capaces

de explicar la realidad. Popper[35] afirma que ante el dilema que puede existir entre el escepticismo y la aceptación momentánea de teorías que explican la realidad, es preferible la última opción ya que permite el avance de la ciencia. Por otro lado, Colton[322] dice que es necesaria una estrategia crítica en la evaluación de los trabajos realizados, pero con una actitud constructiva, de forma que: "En el caso de que hayamos encontrado errores en el trabajo de un investigador, deberíamos sugerir una forma mejor de llevarlo a cabo, dentro de unos límites razonables. Al reflexionar, podemos llegar a la conclusión de que no existe ninguna otra alternativa posible llegando muchas veces a la conclusión de que el estudio un tanto imperfecto realizado por el investigador no puede mejorarse demasiado. En este caso hay que enfrentarse con la elección entre las alternativas de no realizar ningún estudio o de llevar a cabo el estudio imperfecto". Hoy por hoy, a cualquier persona sensata no le cabe la menor duda de que un trabajo de investigación no cierra la puerta tras de sí por las soluciones ya encontradas, sino que abre otras puertas a nuevas preguntas y, por lo tanto, a la búsqueda de nuevas respuestas.

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

USC
UNIVERSIDADE
DE SANTIAGO
DE COMPOSTELA

7. CONCLUSIONES

1. No existen diferencias por sexos en los niveles de satisfacción de los usuarios con la atención recibida.

2. Se constata una mayor satisfacción en personas mayores de 65 años, con bajos niveles de estudios, de clase social III, separadas y residentes en zonas urbanas (de 10.001 a 70.000 habitantes).

3. La clase social codificada en función de la ocupación y la situación laboral se muestra insuficiente para explicar la satisfacción. Consideramos necesario crear un modelo que incluya, además, el nivel de estudios, los ingresos y, en las comunidades bilingües, el idioma utilizado habitualmente.

4. La competencia profesional médica, el trato humano médico, la competencia profesional de enfermería, el trato humano de enfermería, el hecho de ser tenidos en cuenta los usuarios por los sanitarios y el entendimiento de la información médica, están relacionados, en este orden, con una mayor satisfacción.

5. El tiempo pasado en lista de espera, la ayuda prestada a sus necesidades por el personal auxiliar y de enfermería, cómo consideran de necesario el tiempo pasado en el hospital, el momento del ingreso, el momento del alta y el ambiente de tranquilidad e intimidad de la habitación, están relacionados, en este orden, con una menor satisfacción.

6. Las variables demográficas y socioeconómicas, por sí solas, tienen un poder bajo para predecir la pertenencia de los sujetos a sus grupos de satisfacción, pero ayudan mucho a las demás variables a clasificarlos en cada conjunto de datos.

7. El modelo resultante final posee una predictibilidad del 77,4% para asignar a qué grupo de satisfacción pertenece un sujeto ingresado en el Complejo Hospitalario Juan Canalejo, en el período estudiado.

8. En este modelo, el factor predictivo de más peso ha sido el formado por la alimentación recibida y el conjunto de características del personal de enfermería: trato humano, profesionalidad y coordinación con el personal médico.

9. En este modelo, el factor predictivo de menos peso ha sido el formado por el hecho de no saber si se puede mejorar o no la asistencia recibida unido al haber estado ingresado mucho tiempo.

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

8. BIBLIOGRAFÍA

1. Comité Internacional de Directores de Revistas Médicas. Requisitos de uniformidad para manuscritos presentados a revistas biomédicas. *Rev Esp Salud Publica* 1995; 69: 151-62.

2. Donabedian A. Criteria, norms and standars of quality: what do they mean? *Am J Public Health* 1981; 71: 409-12.

3. Fink A, Siu AL, Brook RH, Park RE, Solomon DH. Assuring the quality of health care for older persons. *JAMA* 1987; 258: 1905-8.

4. Vuori HV. *El control de calidad en los servicios sanitarios. Conceptos y metodología.* Barcelona: Masson, 1988.

5. Donabedian A. *La calidad de la atención médica. Definición y métodos de evaluación.* México: La prensa médica mexicana, 1984.

6. Lyonnet P. *Los métodos de la calidad total.* Madrid: Díaz de Santos, 1989.

7. Groocock JM. *La cadena de la calidad.* Madrid: Díaz de Santos, 1993.

8. Galgano A. *Calidad total.* Madrid: Díaz de Santos, 1993.

9. Donabedian A. *Aspects of medical care administration. Specifying requeriments for health care.* Massachusetts: Harvard University Press, 1979.

10. Donabedian A. The quality of care. How can it be assesed? *JAMA* 1988; 260: 1743-8.

11. Peters JP. *El proceso de planificación estratégica para hospitales.* Barcelona: Masson, 1989.

12. Harrington HJ. *El coste de la mala calidad.* Madrid: Díaz de Santos, 1990.

13. Rosander AC. *La búsqueda de la calidad en los servicios.* Madrid: Díaz de Santos, 1992.

14. Evaluación de la opinión del usuario y el control de calidad [editorial]. *Aten Primaria* 1985; 2: 61-2.

15. Hulka BS, Zyzanski SJ, Cassel JC, Thompson SJ. Scale for the measurement of attitudes toward physicians and primary medical care. *Med Care* 1970; 8: 429-35.

16. Seeman M, Evans JW. Stratification and hospital care: the performance of medical interne. *Am Soc Rev* 1961; 26: 67-80.

17. Seeman M, Evans JW. Stratification and hospital care: the objective criteria of performance. *Am Soc Rev* 1961; 26: 193-204.

18. Maxwell R (ed). *Working with people.* London: King Edward's Hospital Fund for London, 1983.

19. Udaondo M. *Gestión de calidad.* Madrid: Díaz de Santos, 1992.

20. Arter DR. *Auditorías de calidad.* Madrid: Díaz de Santos, 1993.

21. Koch H. *Gestión total de la calidad en la sanidad.* Barcelona: SG/Fundació Avedis Donabedian, 1994.

22. Fundació Avedis Donabedian. *Los mejores hospitales de España 1994. La responsabilidad de la calidad.* Barcelona: SG/Fundació AD, 1994.

23. Saturno PJ. Los métodos de participación del usuario en la evaluación y mejora de la calidad de los servicios sanitarios. *Rev Esp Salud Publica* 1995; 69: 167-75.

24. Ministerio de Sanidad y Consumo. *Guía de la investigación en medicina y salud en las Comunidades Europeas. (El Programa Marco 1987-91 y sus antecedentes).* Madrid: MSC, 1987.

25. Nutting PA, Burkhalter BR, Carney JP, Gallagher KM. *Métodos de evaluación de la calidad en Atención Primaria. Guía para clínicos.* Barcelona: SG, 1991.

26. Brown SW. *Patient satisfaction pays. Quality service for practice success.* Madrid: Díaz de Santos, 1994.

27. Saltman RB. Patient choice and patient empowerment in northern European health systems: a conceptual framework. *Int J Health Serv* 1994; 24: 201-29.

28. Barra R. *Los círculos de calidad en operación.* México: McGraw-Hill, 1985.

29. Robson M. *Círculos de calidad en acción.* México: Ventura, 1992.

30. Kahn J. *Gestión de calidad en los centros sanitarios.* Barcelona: SG, 1990.

31. Morell A. *Ventas de calidad mundial.* México: Ventura, 1992.

32. Corzo JM. *Técnicas de trabajo intelectual.* Salamanca: Anaya, 1972.

33. Sierra R. *Tesis doctorales y trabajos de investigación científica.* Madrid: Paraninfo, 1986.

34. Eco U. *Cómo se hace una tesis.* Barcelona: Círculo de Lectores, 1989.

35. Popper KR. *La lógica de la investigación científica.* Madrid: Tecnos, 1990.

36. Contandriopoulos AP, Champagne F, Potvin L, Denis JL, Boyle P. *Preparar un proyecto de investigación.* Barcelona: SG, 1991.

37. Icart MT, Caja C. Protocolo de investigación (I). *ROL* 1991; 152: 11-6.

38. Caja C, Icart T. Protocolo de investigación (II). *ROL* 1991; 153: 13-6.

39. Ogden TE. *Research proposals.* New York: Raven Press, 1991.

40. Sorgi M, Hawkins C. *Investigación médica. Cómo prepararla y cómo divulgarla.* Barcelona: Medici, 1990.

41. Polit D, Hungler B. *Investigación científica en Ciencias de la Salud.* México: Interamericana/McGraw-Hill, 1994.

42. Organización Panamericana de la Salud. *Publicación científica. Aspectos metodológicos, éticos y prácticos en Ciencias de la Salud.* Madrid: Díaz de Santos/OPS, 1994.

43. Burgos R, Chicharro JA, Bobenrieth M. *Metodología de investigación y escritura científica en clínica.* Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública/Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, 1994.

44. Segura A. Algunas consideraciones sobre la investigación y su eventual utilidad en el ámbito de la Atención Primaria de Salud. *Quad Caps* 1992; 18: 55-9.

45. Hernández D. *El artículo científico en Biomedicina.* Barcelona: Ciba-Geigy, 1993.

46. Bobenrieth MA. *El artículo científico original. Estructura, estilo y lectura crítica.* Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública/Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, 1994.

47. Arias V. *¿Como se fai un libro?* Santiago de Compostela: Xunta de Galicia, 1989.

48. Martínez J. *Diccionario de redacción y estilo.* Madrid: Pirámide, 1993.

49. Portigal AH. *Pour la mesure de la satisfaction au trabail.* París: Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE), 1984.

50. Abramowitz S, Cote AA, Berry E. Analyzinz patient satisfaction: a multianalytic approach. *QRB* 1987; 122-30.

51. Rochon A. *Educación para la Salud. Guía práctica para realizar un proyecto.* Barcelona: Masson/SG, 1991.

52. Spitzer R. Meeting consumer expectations. *J Nurs Adm* 1988; spring: 31-9.

53. Parasuraman A, Zeithaml VA. Differential perceptions of suppliers and clients of industrial services. En: Beny A *et al. Emergins perspectives on services marketing.* Chicago: American Marketing, 1982.

54. Parasuraman A, Zeithaml V, Berry L. A conceptual model of service quality and its implications for future research. *J Marketing* 1985; 61: 41-50.

55. Parasuraman A, Berry LL, Zeithaml VA. SERVQUAL: a multiple item scale for measuring consumer perceptions of Service Quality. *J Retailing* 1988; 64: 12-37.

56. Zeithaml VA, Parasuraman A, Berry LL. *Calidad total en la gestión de servicios.* Madrid: Díaz de Santos, 1993.

57. Chias J. *El mercado son personas. El marketing en las empresas de servicios.* Madrid: McGraw-Hill, 1991.

58. Bohigas L. La satisfacción del paciente. *Gac Sanit* 1995; 9: 283-6.

59. Ibern P. La mesura de la satisfacció en els serveis sanitaris. *Gac Sanit* 1992; 6: 176-85.

60. Ware JE. Defining and measuring patient satisfaction with medical care. *Evaluation Program Plann* 1983; 6: 247-63.

61. Ware JE. How to survey patient satisfaction. *Drug Clin Pharm* 1981; 15: 892-9.

62. Headey B, Holmström E, Wearing A. Well-being and ill-being: different dimensions. *Soc Indicat Res* 1984; 14: 115-39.

63. Doering ER. Factors influencing inpatient satisfaction with care. *QRB* 1983; 291-99.

64. Grönroos C. A Service Quality Model and its marketing implications. *Eur J Marketing* 1984; 4.

65. Eiglier P, Langeard E. *Servucción. El marketing de servicios.* Madrid: McGraw-Hill, 1989.

66. Varo J. *Gestión estratégica de la calidad en los servicios sanitarios. Un modelo de gestión hospitalaria.* Madrid: Díaz de Santos, 1994.

67. Maceiras L. Los 'otros' productos de la atención sanitaria. *Apuntes Salud Publica* 1995; 6: 25-6.

68. Segura A. VI Congreso SESPAS/XIII Reunión Científica SEE. *SEE NOTA. Bol Soc Esp Epidemiol* 1995; 6 (sep/dic): 5-6.

69. Segura A. ¿Clientes o pacientes? *La Vanguardia* 10 Mar 1996; Supl Ciencia y Salud: 4 (col 4).

70. Millares JL, Ruiz J. La paradoja de 'cliente' en los servicios sanitarios. *Med Clin (Barc)* 1995; 105: 418-9.

71. Fox JG, Storms DM. A different approach to sociodemographic predictors of satisfaction with health care. *Soc Sci Med* 1981; 15A: 557-64.

72. Mastekaasa A. Multiplicative and additive models of job and life satisfaction. *Soc Indicat Res* 1984; 14: 141-63.

73. Delgado M, Sillero M, Gálvez R. Metaanálisis en epidemiología (primera parte): características generales. *Gac Sanit* 1991; 5: 265-72.

74. Near JP. Relationship between job satisfaction and life satisfaction: test of a causal model. *Soc Indicat Res* 1984; 15: 351-67.

75. Smith PC *et al. Desarrollo de un método para medir la satisfacción en el trabajo. Estudios de psicología industrial y del personal.* México: Trillas, 1976.

76. Institut Municipal de la Salut. *Salud y ambiente de trabajo en Barcelona. 1992.* Barcelona: Ajuntament de Barcelona, 1993.

77. Hulka BS, Kupper LL, Dalyu MB. Correlates of satisfaction with medical care: a community perspective. *Med Care* 1975; 13: 648-58.

78. Zyzanski SJ, Hulka BS, Cassel JC. Scale for the measurement of satisfaction with medical care: modificactions in content, format and scoring. *Med Care* 1974; 12: 611-20.

79. Ware JE, Davies-Avery A, Stewart AL. The measurement and meaning of patient satisfaction: a review of the literature. *Health Med Serv Rev* 1978; 1: 1-15.

80. Rayner G. HMOs in the USA and Britain: a new prospect for health care? *Soc Sci Med* 1988; 27: 305-20.

81. Secretaries of State for Health. *Working for patients.* London: HMSO, 1989.

82. GHHA, Davies AR, Ware JE. *GHAA's Consumer Satisfaction Survey and user's manual.* Washington: GHHA, 1988.

83. Roberts JG, Tugwell P. Comparison of questionnaires determining patient satisfaction with medical care. *Health Serv Res* 1987; 2: 637-54.

84. Donabedian A. *The criteria and standars of quality.* Michigan: Health Administration Press, 1982.

85. Yuste FJ. *Hacia una sociología de la medicina.* Barcelona: Aula de ediciones, 1971.

86. Hinojal A. *Sociología de la Medicina. Aspectos teóricos y empíricos.* Madrid: Técnos, 1977.

87. Miguel JM de. *Sociología de la Medicina.* Barcelona: Vicens-Vives, 1978.

88. Linder-Pelz S. Toward a theory of patient satisfaction. *Soc Sci Med* 1982; 16: 577-82.

89. Linder-Pelz S. Social psychological determinants of patient satisfaction: a test of five hypotheses. *Soc Sci Med* 1982; 16: 583-89.

90. Demo P. *Ciencias Sociales y Calidad.* Madrid: Narcea, 1988.

91. Peiró J. *Organizaciones: nuevas perspectivas psicosociales.* Barcelona: Promociones y Publicaciones Universitarias, 1991.

92. Donati P. *Manual de sociología de la salud.* Madrid: Díaz de Santos, 1994: 49-69.

93. Flippo JP. *Gestión de empresas de servicios.* Barcelona: Eada Gestión, 1989.

94. Larrea P. *Calidad de servicio. Del marketing a la estrategia.* Madrid: Díaz de Santos, 1991.

95. March JC, Prieto MA, López LA, Martínez JI. *Informe 'Marketing y comunicación'.* Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública, 1993.

96. Grönroos C. *Service management and marketing: managing the moment of truth in services competition.* Lexington: Lexington Books, 1990.

97. Rodríguez C. La satisfacción de los usuarios como producto de salud. *Libro de ponencias del VI Congreso SESPAS/XIII Reunión Científica SEE: 'Salud, Equidad y Satisfacción: productos de la atención sanitaria'.* Barcelona: Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria y Sociedad Española de Epidemiología, 1995; 38-9.

98. López LA, Higueras C *et al.* Nuevas perspectivas en Promoción de Salud. En: López LA *et al. Red de Actividades de Promoción de Salud, 3.* Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública, 1993; 140-166.

99. Kane RL, Olsen D, Leymaster C *et al.* Manipulating the patient: a comparison of the effectiveness of physician and chiropractic care. *Lancet* 1974; 1: 1333-6.

100. Cherkin DC, McCormack FA. Patient evaluations of low back pain care from family physicians and chiropractors. *West J Med* 1989; 150: 351-5.

101. Sawyer CE, Kassak K. Patient satisfaction with chiropractic care. *J Manipulative Physiol Ther* 1993; 16: 25-32.

102. Irigoyen J. Mecanismos de participación comunitaria. *Libro de ponencias de las IV Jornadas de Salud Pública y Administración Sanitaria.* Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública, 1989.

103. Rodríguez C, Laporte JR, Arnau JM, Vidal X. La consulta terapéutica: información orientada a problemas clínicos. *Rev Clin Esp* 1989; 185: 409-13.

104. Abajo FJ de, Madurga M, Olalla JF, Palop R *et al. La farmacovigilancia en España.* Madrid: Instituto de Salud 'Carlos III', 1992.

105. Carvajal A *et al. Farmacoepidemiología.* Valladolid: Universidad de Valladolid, 1993.

106. Servicio Galego de Saúde. *Farmacoepidemiología.* Santiago de Compostela: Xunta de Galicia, 1995.

107. Organización Mundial de la Salud. *Atención primaria de salud. Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud;* 1978 Sept 6-12; Alma-Ata (URSS). Ginebra: OMS/UNICEF, 1978.

108. Organización Mundial de la Salud. *Desarrollo humano y salud pública.* Ginebra: OMS, 1982.

109. Organización Mundial de la Salud. *Proceso de gestión para el desarrollo nacional de la salud.* Ginebra: OMS, 1981.

110. World Health Organization. *Global strategy for Health For All by the Year 2000.* Geneva: WHO, 1981.

111. World Health Organization. *Targets for Health For All.* Copenhagen: WHO, 1985.

112. Kleczkowski BM, Roemer MI, Vander A. *Sistemas nacionales de salud y su reorientación hacia la salud para todos. Pautas para una política.* Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 1984.

113. World Health Organization. *Research policies for Health For All.* Copenhagen: WHO, 1987.

114. Organización Mundial de la Salud. *Indicadores para el seguimiento del progreso hacia la Salud Para Todos en la Región Europea.* Copenague: Comité Regional para Europa de la OMS, 1987.

115. Thuriaux MC. Health Promotion and indicators for Health For All in the European Region. *Health Promotion* 1988; 3: 89-99.

116. World Health Organization. *Priority research for Health For All.* Copenhagen: WHO, 1988.

117. Asvall JE, Yellowlees H. Vers la Santé Pour Tous dans la región européenne de la OMS. Surveillance des progrès accomplis. I. Evaluation générale. *Rev Epidemiol Sante Publique* 1989; 37: 287-93.

118. Curtis SE, Taket A, Prokhorskas R, Shabanah MA. Vers la Santé Pour Tous. II. Conditions préalables: bilan demographique et sanitarie. *Rev Epidemiol Sante Publique* 1989; 37: 295-317.

119. World Health Organization. *EUR/RC40/9 4213r.* Copenhagen: WHO, 1990.

120. López F, Pereiras M, Medina R, Ramón C. *Plan de Saúde de Galicia, 1993 → 1997.* Santiago de Compostela: Consellería de Sanidade da Xunta de Galicia, 1993.

121. World Health Organization. *Bridging the gaps.* Copenhagen: WHO, 1995.

122. Dirección Xeral de Saúde Pública. *Estrategias de los servicios de Salud Pública de Galicia.* Santiago de Compostela: Consellería de Sanidade e Servicios Sociais da Xunta de Galicia, 1996.

123. Hurst J. *Health protection in the European Community.* Bruges: CE, 1991.

124. Cortes Españolas. *Ley General de Sanidad (Ley 14/1986 de 25 de abril). Ley Orgánica de Medidas Especiales en materia de Salud Pública (Ley 3/1986 de 14 de abril).* Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1986.

125. Cortes Españolas. *Ley 26/1984, de 19 de julio, General para la Defensa de los Consumidores y Usuarios (BOE 24-7-1984).* Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1984.

126. Parlamento de Galicia. *Estatuto Galego do Consumidor e Usuario. E normativa complementaria.* Santiago de Compostela: Consellería de Sanidade da Xunta de Galicia, 1987.

127. Cortes Españolas. *Constitución Española.* Madrid: Cortes Españolas, 1978.

128. Parlamento de Galicia. *Estatuto de Galicia.* Santiago de Compostela: Parlamento de Galicia, 1986.

129. Comisión de Análisis y Evaluación del Sistema Nacional de Salud. *Informe y Recomendaciones.* Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1991. (Documento fotocopiado).

130. Blendon RJ, Donelan K. Public opinion about Spain's National Health System. En: Comisión de Análisis y Evaluación del Sistema Nacional de Salud. *Anexo III al Informe de la Comisión.* Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1991. (Documento fotocopiado).

131. Blendon RJ, Donelan K, Jovell AJ, Pellisé L, Costas E. Spain's citizen assess their Health Care System. *Health Aff* 1991; 10: 216-28.

132. Dirección General de Planificación Sanitaria. *España: Sistema Nacional de Salud.* Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1989.

133. Elola J. El concepto de eficacia aplicado al análisis comparado de sistemas sanitarios. *Libro de ponencias del VI Congreso SESPAS/XIII Reunión Científica SEE: 'Salud, Equidad y Satisfacción: productos de la atención sanitaria'.* Barcelona: Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria y Sociedad Española de Epidemiología, 1995; 23-6.

134. Los hospitales de Viena [editorial]. *Todo Hosp* 1988; 47: 7-14.

135. Gestal JJ. Invalidez. Rehabilitación. En: Piédrola G *et al. Medicina Preventiva y Salud Pública.* Barcelona: Salvat, 1991; 1009-22.

136. Asenjo MA. El hospital como empresa. *Med Clin (Barc)* 1991; 96: 780-3.

137. Lissen E. ¿Quo vadis, sanidad pública? *Med Clin (Barc)* 1992; 98: 554-5.

138. Ortún V. Incentivos. *ROL* 1993; 178: 20-2.

139. Bernardo M, Canalda G. Estrés, hoy. *Med Clin (Barc)* 1990; 94: 135-6.

140. Faurá T. Síndrome de *Burn-out*. *ROL* 1986; 116: 53-6.

141. Mayor R. Burn-out. *BMJ* 1987; 295: 284.

142. Flórez JA. El síndrome de 'estar quemado'. *Med Integr* 1991; 5: 213-20.

143. Flórez JA. *Síndrome de 'estar quemado'.* Barcelona: Edika Med, 1994.

144. Prieto A. ¿Se puede gestionar la presión asistencial en los servicios de Atención Primaria? *Rev Sanid Hig Publica* 1990; 64: 329-41.

145. San José P. *Reformas Sanitarias en Europa y la elección del usuario.* Madrid: Díaz de Santos, 1994.

146. Miller R, Luft H. Managed care plan performance since 1980. *JAMA* 1994; 271: 1512-9.

147. Greenlick MR, Freeborn DK, Pope CR. *Health Care research in an HMO. Two decades of discovery.* Baltimore: John Hopkins University Press, 1988.

148. Picas JM, Manzanera R. Las Health Maintenance Organizations. En la búsqueda de un modelo de gestión sanitaria. *Med Clin (Barc)* 1988; 90: 383-89.

149. Romay JM. Modelos para el sistema de salud. La necesidad del cambio sanitario. *El País* 30 Nov 1994: 32.

150. Gérvas JJ, Hernández LM, Martí A *et al.* La comunicación médico-paciente y la educación para la salud. *Aten Primaria* 1991; 8: 202-5.

151. Comisión de Análisis y Evaluación del Sistema Nacional de Salud. *Apéndice al Informe de la Comisión. Sucinta descripción del Sistema y evaluación del mismo.* Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1991. (Documento fotocopiado).

152. Departament de Sanitat i Seguretat Social. *Pla de Salut de Catalunya, 1993-1995.* Barcelona: Generalitat de Catalunya, 1993.

153. Servei Català de la Salut. *Ampliació del Pla de Salut de Catalunya, 1993-1995.* Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social de la Generalitat de Catalunya, 1994.

154. Departamento de Salud. *Diagnóstico de Salud de Navarra, 1993. Seguimiento de los Objetivos del Plan de Salud de Navarra.* Pamplona: Gobierno de Navarra, 1995.

155. López F, Pereiras M, Medina R, Ramón C. *Bases para a elaboración do Plan de Saúde de Galicia.* Santiago de Compostela: Consellería de Sanidade da Xunta de Galicia, 1992.

156. Garabal S, Iglesias R, Maceiras L, Vázquez R (eds). *Administración e Xestión Sanitaria na 5ª Sectorial de Atención Primaria: Área Sanitaria de Santiago.* Santiago de Compostela, 1993. (Documento fotocopiado).

157. World Health Organization. *Health Information System.* Copenhagen: WHO, 1973.

158. Prieto F, Serra L, Salleras L. Las encuestas de salud (I). *Med Integr* 1994; 24: 274-83.

159. Prieto F, Serra L, Salleras L. Las encuestas de salud (y II): aplicaciones, ventajas y limitaciones. *Med Integr* 1994; 24: 431-8.

160. Servicio Galego de Saúde. *Memoria de Xestión 1994.* Santiago de Compostela: Xunta de Galicia, 1995; 49.

161. Ramos F. La evaluación de resultados. *Libro de ponencias del VI Congreso SESPAS/XIII Reunión Científica SEE: 'Salud, Equidad y Satisfacción: productos de la atención sanitaria'.* Barcelona: Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria y Sociedad Española de Epidemiología, 1995; 49.

162. Servicio Galego de Saúde. *Cultura e saúde mental.* Santiago de Compostela: Xunta de Galicia, 1994; 12.

163. Marsella AJ, Kameola VA. Aspectos étnico-culturales de la evaluación psicopatológica. En: Wetzler S. *Medición en las enfermedades mentales.* Barcelona: Áncora, 199; 244.

164. Casto M. *¿Quién es este paciente? Habilidades de comunicación con el usuario.* Pamplona: Departamento de Salud del Gobierno de Navarra, 1990.

165. Cunqueiro A. *Escola de Menciñeiros.* Vigo: Galaxia, 1986.

166. Maceiras L *et al. Eterna Escola de Menciñeiros.* Santiago de Compostela: Asociación Galega de Educación para a Saúde, 1991.

167. Gondar M, González E. *Espiritados.* Santiago de Compostela: Laiovento, 1992.

168. Becoña E (ed). *La actual medicina popular gallega: un ejemplo.* La Coruña, 1981.

169. Becoña E. *Medicina popular.* Vigo: Ir indo, 1989.

170. Servicio Galego de Saúde. *Pacto 1995. Actividade-Presupostos. Complexo Hospitalario Juan Canalejo-Marítimo de Oza.* Santiago de Compostela: Xunta de Galicia, 1995. (Documento fotocopiado).

171. Mazzáfero VE *et al. Medicina en Salud Pública.* Buenos Aires: El Ateneo, 1987; 553-4.

172. Quiroz L. La calidad del producto y la calidad del servicio, claves para un marketing eficaz. *Dentsply Noticias* 1996; 2: 1.

173. Peters T, Waterman RH. *En busca de la excelencia.* Barcelona: Folio, 1984.

174. Peters, T. *Del caos a la excelencia.* Barcelona: Folio, 1989.

175. Duncan WJ. *Grandes ideas en la dirección de empresas.* Madrid: Díaz de Santos, 1991.

176. Carr C. *La vanguardia del servicio al cliente.* Madrid: Díaz de Santos, 1992.

177. Sutton R. Planning health care services and the views of the consumer. *J Management Med* 1990; 4: 136-9.

178. Fisk T, Brown C, Cannizzaro K, Naftal B. Creating patient satisfaction and loyalty. *J Health Care Marketing* 1990; 10: 5-15.

179. Denton DK. *Calidad en el servicio a los clientes.* Madrid: Díaz de Santos, 1991.

180. Kotler P, Clarke RN. *Marketing for health care organizations.* New Jersey: Prentice-Hall, 1987.

181. March JC. Con vibraciones hacia la incorporación del marketing en los servicios sanitarios. *Rev Sanid Hig Publica* 1992; 66: 177-8.

182. Kotler P, Roberto EL. *Marketing social.* Madrid: Díaz de Santos, 1992.

183. Lamata F, Conde J, Martínez B, Horno M. *Marketing sanitario.* Madrid: Díaz de Santos, 1994.

184. Maceiras L, Barros JM, Fernández C, Fraga JM, Montes A, Smyth E, Gestal JJ. La satisfacción de los usuarios o ¿Y Vd. cómo se encuentra después de...? *Apuntes Salud Publica* 1996; 10: 11-6.

185. Chapdelaine A, Gosselin P. *La salud contagiosa.* Madrid: Díaz de Santos, 1992.

186. Maceiras L, Barros JM. Adolescentes en la consulta: estrategias y métodos de intervención. En: Maceiras L (ed). *Anticoncepción en la adolescencia y en la perimenopausia.* Santiago de Compostela: Sociedad Española de Contracepción, 1994; 55-86.

187. Bimbela JL, Ojeda F, Higueras C *et al. Red de Actividades de Promoción de Salud, 4.* Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública, 1995.

188. March JC, Martínez JI, López LA, Solas O. El marketing en atención primaria: hacia una nueva orientación de los servicios. *Aten Primaria* 1993; 11: 97-101.

189. Comité Intersectorial de Ciudades Sanas. Declaración de Liverpool sobre el Derecho a la Salud. *Gac Sanit* 1989; 3: 585-7.

190. Paloma JM. El marketing hospitalario dirigido al usuario. *Todo Hosp* 1988; 47: 31-4.

191. Domínguez Carmona M. *Antropología de la Salud* [conferencia]. La Coruña: Real Academia de Medicina de Galicia, 1981; 24-5.

192. Brutti C. Historia de la enfermedad e historia de la vida: el acto médico como fusión de ambos horizontes. *Quad Caps* 1991; 15: 19-23.

193. Broggi MA. La relación médico-enfermo. Fundamentos y cambios. *Quad Caps* 1993; 19: 27-30.

194. Platón (428-347 aC). *Leyes, IV.* Texto y traducción de E. des Places y A. Dies. Citada en: Valls C. Compartir las decisiones entre médico y paciente. ¿Utopía o el próximo reto de la calidad en la asistencia médica? *Quad Caps* 1991; 15: 70.

195. Fromm E. *Psicoanálisis de la sociedad contemporánea: hacia una sociedad sana.* México: Fondo de Cultura Económica, 1970.

196. Illich I. *Némesis médica.* Barcelona: Barral, 1975.

197. McKeown T. *El papel de la medicina. ¿Sueño, espejismo o némesis?* Madrid: Siglo XXI, 1982.

198. Laín P. *La relación médico-enfermo: historia y teoría.* Madrid: Alianza, 1983.

199. Pendleton DA. La relación médico-paciente en la consulta. *Quad Caps* 1991; 15: 15-8.

200. Scotti F. La relación asistencial. *Quad Caps* 1991; 15: 24-31.

201. Valls C. Compartir las decisiones entre médico y paciente. ¿Utopía o el próximo reto de la calidad en la asistencia médica? *Quad Caps* 1991; 15: 70-5.

202. Simpson M, Buckman R, Stewart M *et al.* Doctor-patient communication: the Toronto consensus statement. *BMJ* 1991; 303: 1385-7.

203. Borrell F. Una apuesta por la confianza: es necesario romper con la larga tradición de enfrentamientos entre pacientes y sanitarios. *Salud entre Todos* 1991; 49: 5.

204. García-Olmos L, Villegas V, Martínez MN, León MLP, Ballesteros AM. Actitud del médico en la entrevista clínica. *Aten Primaria* 1991; 8: 510.

205. Opiniones: la relación médico/paciente [editorial]. *Aten Primaria* 1992; 9: 283-4.

206. Marcos J. La relación médico-enfermo. Reflexiones desde una perspectiva sociológica. *Quad Caps* 1992; 18: 27-33.

207. Hernández M. Consideraciones acerca de la comunicación con el paciente en la Atención Primaria. *Med Integr* 1992; 19: 401-5.

208. La deshumanización de la medicina [editorial]. *Clin Rural* 1992; 383: 4-5.

209. Gallego JA, Moral MS, Oriol PA, Robles E, García A. Utilización del nombre de pila en la consulta médica de atención primaria. *Clin Rural* 1993; 400: 17-24.

210. Hahn SR, Thompson KS, Wills TA, Stern V, Budner NS. The difficult doctor-patient relationship: somatization, personality and psychopathology. *J Clin Epidemiol* 1994; 47: 647-57.

211. Marcos JA. ¿Técnica contra humanismo? *Quad Caps* 1995; 22: 6-11.

212. Eiroa P. *Valoración multidimensional de la tercera edad en el municipio de Vigo* [tesis doctoral]. Santiago de Compostela: Universidad de Santiago de Compostela, 1994.

213. Hand R, Sener S, Imperato J, Chmiel JS, Sylvester JA, Fremgen A. Hospital variables associated with quality of care for breast cancer patients. *JAMA* 1991; 266: 3429-32.

214. Sánchez M. La comunicación de la verdad al enfermo canceroso. *Oncologia (Madr)* 1992; 16: 366-9.

215. Hayry M. Measuring the quality of life: why, how and what? *Theor Med* 1991; 12: 97-116.

216. Sanz-Ortiz J. La comunicación en medicina paliativa. *Med Clin (Barc)* 1992; 98: 416-8.

217. Astudillo W, Mendinueta C. Principios generales de los Cuidados Paliativos. *Cent Salud* 1994; julio: 541-8.

218. Peret J. Eutanasia [editorial]. *JANO* 1989; XXXVI: 471.

219. Roig M. El miedo del médico. *Quad Caps* 1991; 16: 105.

220. Primer Congreso Internacional de Promoción de la Salud. *Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud.* Ottawa: Organización Mundial de la Salud, 1986.

221. World Health Organization. *Ottawa Charter for Health Promotion.* Copenhagen: WHO, 1986.

222. Organización Mundial de la Salud. Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. *Bol Of Sanit Panam* 1987; 103 (1).

223. World Health Organization. *Health Promotion; a discussion document on the concept and principles.* Copenhagen: WHO, 1984.

224. Gracia D. Los cambios en la relación médico-enfermo. *Med Clin (Barc)* 1989; 93: 100-2.

225. Hulka BS, Cassel JC, Kupper LL, Burdette JA. Communication, compliance and concordance between physicians and patients with prescribed medications. *Am J Public Health* 1976; 66: 847-53.

226. Melville A. Job satisfaction in General Practice: implications for prescribing. *Soc Sci Med* 1980; 14A: 495.

227. Hoffman K, Ingram T. Creating customer-oriented employees: the case in home health care. *J Health Care Marketing* 1991; 11: 24-32.

228. Varela M. La relación médico-enfermo como factor de riesgo. En: Gestal JJ. *Riesgos del trabajo del personal sanitario.* Madrid: McGraw-Hill/Interamericana de España, 1993.

229. Galobart A, Grau J, Sicras A, García G. Satisfacción profesional [carta]. *Med Clin (Barc)* 1995; 105: 76.

230. Gracia D. Prólogo. En: Beauchamp TL, McCullough LB. *Ética médica.* Barcelona: Labor, 1987.

231. Gracia D. *Ética de la calidad de vida.* Madrid: Fundación Santa María/SM, 1984.

232. Gracia D. Prólogo. En: Equipo de investigación sociológica. *La sanidad española desde la perspectiva del usuario y la persona enferma.* Madrid: Encuentro, 1983.

233. Scorer G, Wing A. *Problemas éticos en medicina.* Barcelona: Doyma, 1983.

234. Gracia D. *Procedimientos de decisión en ética clínica.* Madrid: Eudema Universidad, 1991.

235. Broggi MA. La bioética, una aportación científica a la medicina. *Quad Caps* 1991; 16: 111-6.

236. Gracia D. *Fundamentos de bioética.* Madrid: Eudema Universidad, 1989.

237. Simón P, Concheiro L. El consentimiento informado: teoría y práctica (I). *Med Clin (Barc)* 1993; 100: 659-63.

238. Simón P. El consentimiento informado: teoría y práctica (II). *Med Clin (Barc)* 1993; 101: 174-82

239. Simón D, Simón P, Rodríguez A, Concheiro L. El consentimiento informado en psiquiatría: un formulario escrito de consentimiento para terapia electroconvulsiva (TEC) o electroshock. *An Psiquiatr* 1992; 8: 245-52.

240. Irigoyen J. Los usuarios: ¿víctimas, cómplices o clientes? *Libro de ponencias del XIII Congreso Nacional de la SECA: 'Continuidad de cuidados, Calidad sin niveles'.* Málaga: Sociedad Española de Calidad Asistencial, 1995; 9-13.

241. Rodríguez C. La satisfacción con los servicios de salud. *Libro de ponencias del XIII Congreso Nacional de la SECA: 'Continuidad de cuidados, Calidad sin niveles'.* Málaga: Sociedad Española de Calidad Asistencial, 1995; 20-2.

242. Latour J. El informe Abril, la ética tradicional y la epidemiología clínica. *Rev Salud Publica* 1993; 3: 299-309.

243. Amnistía Internacional. *Declaración Universal de Derechos Humanos.* Madrid: AI, 1985.

244. Amnistía Internacional. *Derechos Humanos: una esperanza.* Madrid: AI, 1985.

245. Amnistía Internacional. *Los derechos de los niños contados por Mafalda.* Madrid: AI, 1985.

246. Organización Médica Colegial. *Código de Ética y Deontología Médica.* Madrid: Consejo General de Colegios Médicos de España, 1990.

247. Trias R. Los derechos del enfermo. *JANO* 1988; XXXV: (nº extra).

248. Beauchamp TL, McCullough LB. *Ética médica. Las responsabilidades morales de los médicos.* Barcelona: Labor, 1987.

249. Amnistía Internacional. *Códigos de Ética Profesional. Nueva publicación destinada a abogados, médicos, trabajadores de la salud, funcionarios policiales y activistas pro-derechos humanos.* San José (Costa Rica): Publicaciones AI, 1984.

250. Soriguer F. Cuando el médico decide por el paciente. *Med Clin (Barc)* 1993; 101: 340-3.

251. Morlans M. Apuntes sobre un nuevo modelo de relación médico-enfermo. *Quad Caps* 1995; 22: 61-6.

252. Valls-Llobet C. La comunidad, ¿puede ser protagonista de la propia salud? *Quad Caps* 1995; 22: 67-73.

253. Navarro V. Comentarios sobre el Informe de la Comisión de Análisis y Evaluación del Sistema Nacional de Salud o Comisión Abril Martorell. *Salud 2000* 1991; 33: 7-18.

254. Pauker SG, Kassirer JP. Decision analysis. *N Engl J Med* 1987; 316: 250-8.

255. Rodríguez F, Banegas JR, González J, Martín JM, Villar F. Análisis de decisiones clínicas. *Med Clin (Barc)* 1990; 94: 348-54.

256. Rodríguez F, Ortún V. Los protocolos clínicos. *Med Clin (Barc)* 1990; 95: 309-16.

257. Ortún V, Rodríguez F. De la efectividad clínica a la eficiencia social. *Med Clin (Barc)* 1990; 95: 385-8.

258. Gervás J, Hernández-Monsalve LM. La autoestima de los médicos y la reforma sanitaria [ver comentarios]. *Med Clin (Barc)* 1994; 105: 321-2. Comentado en: *Med Clin (Barc)* 1995; 105: 678.

259. Álvarez R, GRECA. Autoestima, protocolos clínicos y disenso protocolizado [comentario]. *Med Clin (Barc)* 1995; 105: 678. Comentario en: *Med Clin (Barc)* 1994; 105: 321-2.

260. Ley 25/1990, de 20 de diciembre, del Medicamento. (BOE nº 306, de 22-12-90).

261. Rodríguez F, Rodríguez R. Hacia la generalización de los protocolos clínicos en España. *Med Clin (Barc)* 1990; 95: 297-9.

262. Broggi MA. Comités de ética hospitalarios. *Med Clin (Barc)* 1991; 96: 617-618.

263. Carné X. El médico de hospital y la investigación. *Quad Caps* 1991; 15: 51-4.

264. Clavero J. La investigación bajo sospecha. *Quad Caps* 1991; 15: 55-64.

265. Villar J. Ciencia sobre aguas turbulentas. *Med Clin (Barc)* 1993; 101: 625-28.

266. Camí J. Conflicto de intereses e investigación clínica. *Med Clin (Barc)* 1995; 105: 174-9.

267. Ley 13/1986, de 14 de abril, de Fomento y Coordinación General de la Investigación. (BOE nº 93, de 18-4-86).

268. Directiva 91/507/CEE, de 19 de julio, por la que se modifica el anexo de la Directiva 75/318/CEE, de 20 de mayo de 1975, relativa a normas y protocolos analíticos toxicofarmacológicos y clínicos en materia de medicamentos. (DOCE serie L, nº 270, de 26-9-91).

269. Real Decreto 561/1993, de 16 de abril, por el que se establecen los requisitos para la realización de ensayos clínicos. (BOE nº 114, de 13-5-93).

270. Decreto 32/1996, do 25 de xaneiro, polo que se regula a realización de ensaios clínicos na Comunidade Autónoma de Galicia. (DOG nº 26, do 6-2-96).

271. López MM, Batista-Mirande JE. Comités éticos de investigación: una complicación necesaria. *Med Clin (Barc)* 1995; 105: 298-301.

272. Dal-Ré R. Comités éticos de investigación clínica: algo más que el cambio de nombre. *Med Clin (Barc)* 1995; 105: 580-2.

273. Espinosa E, Zamora P, Feliu J. Reflexiones sobre la ley de ensayos clínicos. *Med Clin (Barc)* 1996; 106: 24-6.

274. Oliver MA. Qué podemos esperar de la medicina y de los médicos. *Quad Caps* 1992; 18: 34-7.

275. Hernández JF. *Encuesta nacional de post-hospitalización. Estudio sobre la satisfacción de los usuarios de la hospitalización en la red del INSALUD.* Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1985. (Documento fotocopiado).

276. Blendon RJ, Leitman R, Morrison I, Donelan K. Satisfaction with Health System in ten nations. *Health Aff* 1990; summer: 185-92.

277. Blendon RJ, Taylor H. Views on Health Care: public opinion in three nations. *Health Aff* 1989; spring: 149-57.

278. Rodríguez-Legido C. La medida de la satisfacción con la atención en salud: Andalucía 1984-1992. *Gac Sanit* 1995; 9: 311-5.

279. Zastowny TR, Roghmann KJ, Cafferata GL. Patient satisfaction and the use of health services. Explorations in causality. *Med Care* 1989; 27: 705-23.

280. Instituto Nacional de la Salud. *El INSALUD ante la opinión pública.* Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1990.

281. Rodríguez C. *Los andaluces protagonistas de su salud: opiniones sobre la atención médica.* Sevilla: Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, 1985.

282.282.22282. Rodríguez C. Las 'escalas' como medida de la satisfacción con la atención médica en Andalucía. *Gas Sanit (Barc)* 1986; 5: 237-41

283. Consejería de Salud. *Calidad percibida de los servicios sanitarios públicos de la Comunidad de Madrid.* Madrid: Comunidad de Madrid, 1994.

284. Caminal J, Schiaffino A, Segura A. *Anàlisi de la satisfacció/opinió sobre els serveis sanitaris en l'Enquesta de Salut de Catalunya.* L'Hospitalet de Llobregat: Institut Universitari de Salut Pública de Catalunya, 1996. (Documento fotocopiado).

285. Obradoiro de Socioloxía. *Avaliación da calidade percibida polos pacientes ingresados nos hospitais do SERGAS.* Santiago de Compostela: Servicio Galego de Saúde da Xunta de Galicia, 1996. (Documento fotocopiado).

286. Huber GP. *Toma de decisiones en la gerencia.* México: Trillas, 1984.

287. Arranz M. Investigar ¿por qué, para qué o para quién? [carta]. *Gac Sanit* 1996; 10: 91-2.

288. Gracia D. La formación en Bioética. *Quad Caps* 1993; 19: 50-5.

289. Regidor E. Sistema de información sanitaria en la planificación. *Rev Sanid Hig Publica* 1991; 65: 9-16.

290. Ware JE, Brook RH, Davies AR, Lohr KN. Choosing measures of health status for individuals in general populations. *Am J Public Health* 1981; 71: 620-5.

291. Alonso J. Desarrollo y aplicación de instrumentos de medida de la salud y la calidad de vida. *Quad Caps* 1991; 16: 61-8.

292. Macia D, Salas L, González P, Benavent F. La atención al usuario como enseñanza universitaria. *Libro de actas del VI Congreso de la SEAUS: 'Mejorar la atención al cliente: objetivo de todos'.* Barcelona: Sociedad Española de Atención al Usuario de la Sanidad, 1992; 73.

293. March JC, Equipo de Evaluación del programa de salud materno-infantil. Evaluación del programa de salud materno-infantil en Andalucía: 'Kid's hospital', la perspectiva de los niños sobre los servicios del hospital. *Gac Sanit* 1995; 9: 98.

294. Corraliza JA. La curiosidad y el investigador. Plan de investigación. *A tu Salud* 1995; 10: 9-12.

295. Santos MA. A negociación de informes: pedra angular de avaliación. *Rev Galega Educ* 1995; 24: 61-7.

296. Institut Valencià d'Estudis en Salut Pública. *Recomendaciones para la realización y difusión de Diagnósticos de Salud.* Valencia: Conselleria de Sanitat i Consum de la Generalitat Valenciana, 1992.

297. Rodari G. *Gramática de la Fantasía.* Barcelona: Argos Vergara, 1983.

298. Silva LC. *Excursión a la regresión logística en Ciencias de la Salud.* Madrid: Díaz de Santos, 1994; 5.

299. Rey A, Sevilla F. *Cervantes. Vida y literatura.* Madrid: Alianza, 1995; 21.

300. Canales FH de, Alvarado EL de, Pineda EB. *Metodología de la investigación.* México: Organización Panamericana de la Salud, 1986.

301. Abramson JH. *Métodos de estudio en medicina comunitaria. Una introducción a los estudios epidemiológicos y de evaluación.* Madrid: Díaz de Santos, 1990.

302. Hulley SB, Cummings R. *Diseño de la investigación clínica. Un enfoque epidemiológico.* Barcelona: Doyma, 1993.

303. Kleinbaum DG, Kupper LL, Morgenstern H. *Epidemiologic research. Principles and quantitative methods.* New York: Van Nostrand Reinhold, 1982.

304. Rothman KJ. *Epidemiología moderna.* Madrid: Díaz de Santos, 1987.

305. Jenicek M, Cléroux R. *Epidemiología. Principios, técnicas, aplicaciones.* Barcelona: Salvat, 1990.

306. Friedman GD. *Primer of epidemiology.* New York: McGraw-Hill Book Company, 1987.

307. Rey J del. *Método epidemiológico y salud de la comunidad.* Madrid: Interamericana/McGraw-Hill, 1989.

308. Doménech JM, Ezpeleta L. Diseños de investigación. En: Doménech JM *et al. Métodos estadísticos en Ciencias de la Salud.* Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona, 1990.

309. Sackett DL, Haynes RB, Guyatt GH, Tugwell P. *Epidemiología clínica. Ciencia básica para la medicina clínica.* Buenos Aires: Panamericana, 1994.

310. Greenberg RS, Kleinbaum DG. Mathematical modeling strategies for the analysis of epidemiologic research. *Annu Rev Public Health* 1985; 6: 223-45.

311. Matthews DE, Farewell VT. *Estadística médica. Aplicación e interpretación.* Barcelona: Salvat, 1988.

312. Porta M, Álvarez-Dardet C, Bolúmar F, Plasencia A, Velilla E. La calidad de la información clínica (I): validez. *Med Clin (Barc)* 1987; 89: 741-7.

313. Plasencia A, Porta M. La calidad de la información clínica (II): significación estadística. *Med Clin (Barc)* 1988; 90: 122-6.

314. Porta M, Plasencia A, Sanz F. La calidad de la información clínica (y III): ¿estadísticamente significativo o clínicamente importante? *Med Clin (Barc)* 1988; 90: 463-8.

315. Lininger CA, Warwick DP. *La encuesta por muestreo: teoría y práctica.* México: Cía Continental, 1985.

316. García LM, Pérez-Fernández MM, Bassolo A, Abraira V, Gervás JJ. Estudios de morbididad ambulatoria: ¿qué muestra elegir? *Aten Primaria* 1987; 4: 136-9.

317. Carné X, Moreno V, Porta M, Velilla E. El cálculo del número de pacientes necesarios en la planificación de un estudio clínico. *Med Clin (Barc)* 1989; 92: 72-7.

318. Doménech JM. Índices estadísticos univariantes. En: Doménech JM *et al. Métodos estadísticos en Ciencias de la Salud.* Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona, 1990.

319. Doménech JM. Técnicas de muestreo y asignación aleatoria. En: Doménech JM *et al. Métodos estadísticos en Ciencias de la Salud.* Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona, 1990.

320. Argimón JM, Jiménez J. *Métodos de investigación.* Madrid: Mosby/Doyma, 1995.

321. Schwartz D. *Métodos estadísticos para médicos y biólogos.* Barcelona: Herder, 1988.

322. Colton T. *Estadística en Medicina.* Barcelona: Salvat, 1990.

323. Montes A. *Prevalencia do tabaquismo nos médicos de Galicia: o seu papel na educación sanitaria antitabáquica* [tesis doctoral]. Santiago de Compostela: Universidad de Santiago de Compostela, 1991.

324. Diem K, Lentner C. *Tablas Científicas. Tablas Numéricas y Estadísticas.* Barcelona: Ciba-Geigy, 1975.

325. Doménech JM. *Tablas de estadística.* Barcelona: Herder, 1990.

326. Abramson JH. *Survey methods in community medicine. An introduction to epidemiological and evaluative studies.* Edinburgh: Churchill Livingstone, 1984.

327. Silva LC. *Muestreo para la investigación en Ciencias de la Salud.* Madrid: Díaz de Santos, 1993.

328. Norusis MJ, SPSS Inc. *SPSS/PC+ V5.0 base system user's guide.* Chicago: SPSS Inc, 1992.

329. Platek R. *Metodología y tratamiento de la no-respuesta.* Vitoria: Instituto Vasco de Estadística, 1988.

330. Bastús JB. ¿Sé consultar la bibliografía? Pasado, presente y futuro de la búsqueda de información biomédica. *Med Clin (Barc)* 1985; 85: 625-7.

331. Martín-Moreno JM, Fernández JC. La búsqueda bibliográfica en Ciencias de la Salud: ¿arte o disciplina ineludible? *Bol Idea-Prev* 1990; 2: 57-73.

332. Martín-Moreno JM, Fernández JC. La búsqueda bibliográfica en Ciencias de la Salud: ¿arte o disciplina ineludible? (y II). *Bol Idea-Prev* 1991; 3: 65-74.

333. González P, García MA, Aguirre C. Búsqueda, selección crítica y cita de referencias bibliográficas en los artículos médicos [carta]. *Med Clin (Barc)* 1990; 95: 39.

334. García M, Lardelli P, Bueno A, Gálvez R. El clínico al día. ¿Un peligro para el paciente? *Med Clin (Barc)* 1995; 105: 622-27.

335. Gómez J, Artes M, Segú JL. Importancia del metaanálisis como técnica de revisión de estudios en ciencias de la salud. *Med Clin (Barc)* 1989; 93: 295-7.

336. Riegelman RK, Hirsch RP. *Cómo estudiar un estudio y probar una prueba: lectura crítica de la literatura médica.* Madrid: Díaz de Santos/Organización Panamericana de la Salud, 1992.

337. Rodríguez F. Necesidades de información del profesional sanitario. Fuentes disponibles y modos de acceso. *Med Clin (Barc)* 1993; 101: 136-7.

338. Cueva A de la, Almero A, Osca J, Aleixandre R, Terrada ML. Análisis de las publicaciones españolas sobre documentación e información médicas. *Rev Esp Doc Cient* 1994; 17: 155-63.

339. Abad MF, Aleixandre R, Peris R. Estrategias de búsqueda de artículos de revistas españolas. Estudio de un caso: evaluación de la calidad de los sistemas de información. *Gac Sanit* 1995; 9: 363-70.

340. Jordà-Olives M. Documentación biomédica: estructura y funcionamiento de las bases de datos bibliográficos. *Med Clin (Barc)* 1991; 97:265-71.

341. Martín-Moreno JM, Manuel A de, Fernández JC, González J, Oleaga JI. *Estrategias de búsqueda y manejo bibliográfico en Ciencias de la Salud.* Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública, 1990.

342. Instituto de Estudios Documentales e Históricos sobre la Ciencia. Índice de revistas. *Doc Med Esp* 1994; 1: 13-20.

343. Organización Panamericana de la Salud. *Información a los autores e instrucciones para la presentación de manuscritos* [sitio en Internet]. OPS. Disponible en: http://www.paho.org/spanish/DBI/au-bull.htm. Acceso el 26 marzo 1996.

344. Serna JL de la, Matey P. La llegada de la cibermedicina. *El Mundo* 29 Jun 1995; Supl Salud y Medicina: 4-5.

345. Ubietur AP. *Documentación automatizada: Manual de uso de la red Internet.* Zaragoza: Anubar, 1995.

346. Gilster P. *El navegante de Internet.* Madrid: Anaya Multimedia, 1995.

347. Belmonte MA. Sistemas bibliográficos personales en Medicina. Sugerencias prácticas y utilidad de los microordenadores. *Med Clin (Barc)* 1989; 92: 60-68.

348. Margetts BM, Nelson M. *Design concepts in nutritional epidemiology*. New York: Oxford University Press, 1991.

349. Carmines EG, Zeller RA. *Reliability and Validity assessment*. London: Sage Publications, 1988.

350. Pineault R, Daveluy C. *La planificación sanitaria. Conceptos, métodos, estrategias*. Barcelona: Masson/SG, 1990.

351. Alonso J, Antó JM. Instrumentos de medida de la calidad de vida relacionada con la salud: características generales y proceso de adaptación transcultural. *Quad Caps* 1990; 14: 16-24.

352. Figueiras A. *Factores asociados a la prescripción de medicamentos: prescriptores y fuentes de información terapéutica. Un estudio farmacoepidemiológico* [tesis doctoral]. Santiago de Compostela: Universidad de Santiago de Compostela, 1993.

353. Kars-Marshall C, Spronk-Boon YW, Pollemans MC. National health interview surveys for health care policy. *Soc Sci Med* 1988; 26: 223-33.

354. Fleiss JL. *Statistical methods for rates and proportions*. New York: John Wiley and Sons, 1981; 212-36.

355. Hernández I, Porta M, Miralles M, García F, Bolúmar F. La cuantificación de la variabilidad en las observaciones clínicas. *Med Clin (Barc)* 1990; 95: 424-9.

356. Bowling A. *La medida de la salud*. Barcelona: Masson/SG, 1994.

357. Chronbach LJ. *Essentials of psychological testing*. New York: Harper & Row, 1970.

358. Antó JM. Las encuestas de salud por entrevista. *JANO* 1984; oct (monográfico): 53-7.

359. Kroeger A. Health interview surveys in developing countries: a review of the methods and results. *Int J Epidemiol* 1983; 12: 465-81.

360. Lilienfield AM, Lilienfield DE. *Foundations of Epidemiology*. New York: Oxford University Press, 1980.

361. McDowell I, Newell C. *Measuring health. A guide to rating scales and questionnaires*. New York: Oxford University Press, 1987.

362. Streiner DL, Norman GR. *Health measurement scales. A practical guide to their development and use.* New York: Oxford University Press, 1992.

363. Bowling A. *Measuring health. A review of quality of life measurement scales.* Buckingham: Open University Press, 1994.

364. Bennett AE, Ritchie K. *Questionnaires in medicine: a guide to their design and use.* London: Oxford University Press, 1975.

365. Cartwright A. *Health Surveys in practice and in potential. A critical review of their scope and methods.* London: King's Fund Publishing Office, 1988.

366. Renon J. *Diseño de tests.* Barcelona: Universidad Central, 1994.

367. Roghman KJ, Hengst A, Zastowny TR. Satisfaction with medical care: its measurement and relation to utilization. *Med Care* 1979; 14: 461-8.

368. Linn MW, Linn BS, Stein SR. Satisfaction with ambulatory care and compliance un older patients. *Med Care* 1982; 9: 606-14.

369. Hulka BS, Zyzanski SJ. Validation of a patient satisfaction scale. Theory, methods and practice. *Med Care* 1982; 20: 649-53.

370. McCusker J. Developement of escales to measure satisfaction and preferences regarding long-term and terminal care. *Med Care* 1984; 22: 476-93.

371. Meterko M, Nelson EC, Rubin HR *et al.* Patient Judgments of Hospital Quality. Report of a pilot study. *Med Care* 1990; 28 (supl).

372. Carr-Hill RA. The measurement of patient satisfaction. *J Public Health Med* 1992: 14: 236-49.

373. Briones G. *Métodos y técnicas de investigación para ciencias sociales.* México: Trillas, 1982.

374. Sierra R. *Técnicas de investigación social. Teoría y ejercicios.* Madrid: Paraninfo, 1985.

375. Visauta B. *Técnicas de investigación social. Recogida de datos.* Barcelona: Promociones y Publicaciones Universitarias, 1991.

376. Casas, F. *Técnicas de investigación social: los indicadores sociales y psicosociales. Teoría y práctica.* Barcelona: Promociones y Publicaciones Universitarias, 1991.

377. Thurstone LL. A law of comparative judgement. *Psychol Res* 1927; 34: 273-86. Citada en: Alonso J. Desarrollo y aplicación de instrumentos de medida de la salud y la calidad de vida. *Quad Caps* 1991; 16: 61-8.

378. Edwards AL. *Techniques for attitudes scale construction.* New York: Appleton-Century-Crofts Inc., 1957. Citada en: Alonso J. Desarrollo y aplicación de instrumentos de medida de la salud y la calidad de vida. *Quad Caps* 1991; 16: 61-8.

379. McKenna SP, Hunt SM, McEwan J. Weightong the seriousness of perceived health problems using Thurstone's method of paired comparisons. *Int J Epidemiol* 1981; 10: 93-7.

380. Guttman L. A basis for scaling qualitative data. *Am Soc Rev* 1944; 9: 139. Citada en: Bowling A. *La medida de la salud. Revisión de las escalas de medida de la calidad de vida.* Barcelona: Masson/SG, 1994.

381. Likert RA. A technique for the development of attitude scales. *Educational and Psychological measurement* 1952; 12: 313-5. Citada en: Streiner DL, Norman GR. *Health measurement scales. A practical guide to their development and use.* New York: Oxford University Press, 1992.

382. Cutler SJ. Voluntary association participation and life satisfaction: a cautionary research note. *J Gerontol* 1973; 28: 96-100.

383. Williams RGA, Johnston M, Willis LA, Bennett AE. Disability: a model and measurement technique. *Br J Prev Soc Med* 1976; 30: 71-8.

384. Elinson J. Introduction to the theme: sociomedical health indicators. *Int J Health Serv* 1978; 6: 385-91.

385. Stewart Al, Ware JE, Brook RH. Advances in the measurement of functional status: construction of aggregate indexes. *Med Care* 1981; 19: 473-88.

386. Najman JM, Levine S. Evaluating the impact of medical care and technologies on the quality of life: a review and critique. *Soc Sci Med* 1981; 15F: 107-15.

387. Kind P. *The design and construction of quality of life measures.* York: University of York, 1989.

388. Spilkert B (ed). *Quality of life assessments in clinical trials.* New York: Raven Press, 1990.

389. Fallowfield L. *The quality of life. The missing measurement in health care.* London: Souvenir Press, 1993.

390. Corraliza JA. Un cuestionario, algo más que hacer preguntas. *A tu Salud* 1995; 11: 19-22.

391. Bice TW, Kalimo E. Comparisons of health-related attitudes: a cross-sectional, factor analytic study. *Soc Sci Med* 1971; 5: 283-318.

392. Brislin RW. The wording and translation of research instruments. En: Lonner WJ, Berry JW (ed). *Field methods in cross-cultural research.* Beverly Hills: Sage Publications, 1986.

393. Ministerio de Sanidad y Consumo. *Encuesta Nacional de Salud.* Madrid: MSC, 1989.

394. Consejería de Economía. *Censos de población y vivienda de 1991 de la Comunidad de Madrid. Tomo 1: Características demográficas básicas y fecundidad de la población.* Madrid: Comunidad de Madrid, 1993.

395. Grupo de Trabajo de la Sociedad Española de Epidemiología. *La medición de la clase social en Ciencias de la Salud.* Barcelona: SG, 1995.

396. Instituto Nacional de Estadística. *Clasificación Nacional de Ocupaciones.* Madrid: INE, 1994.

397. Domingo A, Marcos J. Propuesta de un indicador de la 'clase social' basado en la ocupación. *Gac Sanit* 1989; 3: 320-6.

398. Barros JM. *La influencia de los ambientes urbano y rural sobre la mortalidad* [tesis doctoral]. Santiago de Compostela: Universidad de Santiago de Compostela, 1987.

399. Díaz F, Gestal JJ. The influence of habitat on prevalence of mental handicap. *Int J Epidemiol* 1987; 1: 52-6.

400. Moltesen B, Hjuler IM. Hospitalization of children in cities and rural areas. 1. Comparative analysis between hospital admission rate and living conditions based on registered data. *Ugeskr Laeger* 1991; 153(44): 3077-80.

401. Instituto Galego de Estatística. *Galicia. Datos estatísticos básicos.* Santiago de Compostela: Xunta de Galicia, 1991.

402. Instituto Galego de Estatística. *Galicia en cifras. Anuario 1991.* Santiago de Compostela: Xunta de Galicia, 1992.

403. Instituto Galego de Estatística. *Censos de Poboación e Vivendas 1991. Poboación en vivendas familiares. Poboación: principais resultados.* Santiago de Compostela: Xunta de Galicia, 1992. (4 vols).

404. Instituto Galego de Estatística. *Censos de Poboación e Vivendas 1991. Vivendas.* Santiago de Compostela: Xunta de Galicia, 1992.

405. Instituto Nacional de Estadística. *Censos de Población y Viviendas 1991. Nomenclátor de las Ciudades, Villas, Lugares, Aldeas y demás Entidades de Población con especificación de sus Núcleos.* Madrid: INE, 1993. (4 vols).

406. García FJ. Censo de población 1991: principales novedades. *Gac Sanit* 1993; 7: 147-9.

407. Miralbés R, Armas P, Fernández MI, Guitián L, Hernández J, Pérez ML *et al. Galicia en su realidad geográfica.* A Coruña: Fundación Pedro Barrié de la Maza, 1983.

408. Instituto Nacional de Estadística. *Metodología de los censos de población y vivienda.* Madrid: INE, 1991.

409. Pintos JL. *Mapa cultural de Galicia, 3ª fase.* Santiago de Compostela: Xunta de Galicia, 1992.

410. White KL. Health surveys: who, why and what? *World Health Stat Q* 1985; 38: 2-14.

411. Rolnick SL, Cross CR, Garraro S, Gibson R. A comparison of response rate, data quality, and cost in the collection of data on sexual history and personal behaviours. *Am J Epidemiol* 1989; 129: 1052-61.

412. Dillman DA. *Mail and telephone surveys, the total desing method.* New York: John Wiley & Sons, 1978.

413. Siemiatycki J. A comparison of mail, telephone, and home interview strategies for household health survey. *Am J Public Health* 1979; 69: 238-45.

414. Weeks MF, Kulka RA, Lessler JT, Whitmore RW. Personal versus telephone surveys for collecting household health data at the local level. *Am J Public Health* 1983; 73: 1381-94.

415. Antó JM, Company A, Domingo A. *Enquesta de Salut de Barcelona, 1983.* Barcelona: Ajuntament de Barcelona, 1985.

416. Departamento de Sanidad y Consumo. *Encuesta de Salud de la Comunidad Autónoma Vasca.* Vitoria: Gobierno Vasco, 1987.

417. Alonso J, Antó JM. *Enquesta de Salut de Barcelona, 1986.* Barcelona: Ajuntament de Barcelona, 1989.

418. Dirección General de Salud Pública y Asistencia. *La Salud en Castilla y León.* Salamanca: Consejería de Cultura y Bienestar Social de la Junta de Castilla y León, 1990. (2 vols).

419. Conselleria de Sanitat i Consum. *Encuesta de Salud de la Comunidad Valenciana, 1990-1991.* Valencia: Generalitat Valenciana, 1993.

420. Ministerio de Sanidad y Consumo. Encuesta Nacional de Salud 1993. *Rev Sanid Hig Publica* 1994; 68: 121-68.

421. Departamento de Salud. *¿Cómo estamos de salud? Encuesta Salud 1990-1991.* Pamplona: Gobierno de Navarra, 1994.

422. Carbonell MC, Gascón ME. *Prioridades sanitarias en la Comunidad Valenciana. Un estudio Delphi.* Valencia: Consellería de Sanitat i Consum de la Generalitat Valenciana / Institut Valencià d'Estudis en Salut Pública, 1989.

423. Hunt SM. Los problemas en la evaluación de la salud comunitaria. *Quad Caps* 1990; 14: 11-5.

424. Sawichi F. Interview surveys for decision makers. En: World Health Organization. *Information systems for health services.* Copenhagen: WHO, 1980; 73-85.

425. Armitage P. National health surveys systems in the European Community. *Int J Epidemiol* 1976; 5: 321-6.

426. Aday LA, Sellers CH, Andersen RM. Potentials of local health surveys. A state-of-the-art summary. *Am J Public Health* 1981; 71: 835-40.

427. Office of Population Censuses and Surveys (OPCS). *The General Household Survey: introductory report.* London: HMSO, 1973.

428. Office of Population Censuses and Surveys (OPCS). *The General Household Survey 1985.* London: HMSO, 1987.

429. Wilson RW. The role of health-interview surveys. *N Engl J Med* 1973; 289: 1197-98.

430. Public Health Service. *United States National Health Survey. Health interview responses compared with medical records.* Washington: United States Department of Health, Education and Welfare, 1961.

431. Department of Health and Human Services. *Current estimates from the National Health Interview Survey.* Washington: United States Department of Health and Human Services, 1986.

432. Émond A. *L'Enquête Santé Québec: sa justification, sa pertinence et son utilité.* Québec: Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Governement du Québec, 1988.

433. Émond A. *Et la santé, ça va? Rapport de l'Enquête Santé Québec 1987.* Québec: Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Governement du Québec, 1988.

434. White KL, Anderson DO, Kalimo E, Kleczkowski BM, Purola T, Vukmanovic C. *Fundamentación y práctica de la planificación y gestión nacionales de los servicios de salud.* Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 1977; 121.

435. World Health Organization. *Health systems research in action. Case studies from Botswana, Colombia, Egypt, Indonesia, Malasya, the Netherlands, Norway and the USA.* Geneva: WHO, 1978.

436. Nájera E, Cortés M, García C. La reorientación del sistema sanitario. Necesidad del enfoque epidemiológico. *Rev Salud Publica* 1989; 1: 15-30.

437. Cortina P, Sáiz MC. Desarrollo económico y social y salud. En: Piédrola G *et al. Medicina Preventiva y Salud Pública.* Barcelona: Salvat, 1990; 1071.

438. Instituto Nacional de la Salud. *Jornadas sobre humanización de la atención sanitaria en la red asistencial del INSALUD.* Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1985.

439. Antó JM. El uso de las encuestas de salud por entrevista en la planificación sanitaria. *Libro de ponencias de la V Reunión de la SEE.* Madrid: Sociedad Española de Epidemiología, 1986.

440. Aguiar MR. *Duración de la respuesta inmune tras la vacunación antitetánica* [tesis doctoral]. Santiago de Compostela: Universidad de Santiago de Compostela, 1989.

441. Smyth E. *Los colutorios de fluoruro-sódico en la prevención de la caries dental* [tesis doctoral]. Santiago de Compostela: Universidad de Santiago de Compostela, 1989.

442. Knox EG. *Epidemiology in health care planning.* Oxford: Oxford University Press, 1975.

443. Pita S. *Epidemiología del cáncer gástrico. La dieta como factor de riesgo* [tesis doctoral]. Santiago de Compostela: Universidad de Santiago de Compostela, 1991.

444. Jamsa K. *DOS. Manual de referencia.* Madrid: Osborne/McGraw-Hill, 1989.

445. Hergert D. *Software en acción. dBASE III Plus.* Madrid: Anaya Multimedia, 1989.

446. Doménech JM, Riba MD, Viladrich MC. Manipulación de una matriz de datos. En: Doménech JM *et al. Métodos estadísticos en Ciencias de la Salud.* Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona, 1990.

447. Mincberg M. *WordPerfect 5.1 a su alcance.* Madrid: Osborne/McGraw-Hill, 1991.

448. Software Publishing Corporation. *Harvard Graphics.* California: Software Publishing Corporation, 1991.

449. Armitage P, Berry G. *Statistical methods in medical research.* Oxford: Blackwell, 1994.

450. Doménech JM, Riba MD. Estimación de parámetros. En: Doménech JM *et al. Métodos estadísticos en Ciencias de la Salud.* Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona, 1990.

451. Doménech JM, Sarriá A. Estadística descriptiva. En: Doménech JM *et al. Métodos estadísticos en Ciencias de la Salud.* Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona, 1990.

452. Gardner MJ, Altman DG. Confidence intervals rather than p values: estimation rather than hypothesis testing. *Br Med J* 1986; 292: 746-50.

453. Jiménez J. Intervalos de confianza. *Aten Primaria* 1989; 6: 416-20.

454. Doménech JM, Riba MD. *Una síntesis de los métodos estadísticos bivariantes.* Barcelona: Herder, 1987.

455. Doménech JM, Sarriá A. Comparación de proporciones. En: Doménech JM *et al. Métodos estadísticos en Ciencias de la Salud.* Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona, 1990.

456. Doménech JM, Sarriá A. Pruebas de χ^2. En: Doménech JM *et al. Métodos estadísticos en Ciencias de la Salud.* Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona, 1990.

457. Afifi A, Clark V. *Computer-aided multivariate analysis.* Londres: Chapman & Hall, 1996.

458. González B. *Análisis multivariante. Aplicación al ámbito sanitario.* Barcelona: SG, 1991.

459. Kleinbaum DG, Kupper LL, Muller KE. *Applied regression analysis and other multivariable methods.* Boston: PWS-Kent, 1988.

460. Bisquerra R. *Introducción conceptual al Análisis Multivariable.* Barcelona: Promociones y Publicaciones Universitarias, 1989.

461. Dillon WR, Goldstein M. *Multivariate analysis. Methods and applications.* New York: John Wiley & Sons, 1984.

462. Riba MD. Una panorámica de las técnicas estadísticas multivariantes. En: Doménech JM *et al. Métodos estadísticos en Ciencias de la Salud.* Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona, 1990.

463. Fernández C. *Prevalencia de la toxoplasmosis en colectivos de riesgo* [tesis doctoral]. Santiago de Compostela: Universidad de Santiago de Compostela, 1991.

464. Takkouche EB. *La brucelosis como enfermedad profesional en Galicia: una encuesta seroepidemiológica* [tesis doctoral]. Santiago de Compostela: Universidad de Santiago de Compostela, 1993.

465. Salleras L. Estudios descriptivos. *Aten Primaria* 1989; 6: 504-10.

466. Salleras L. Estudios experimentales. *Aten Primaria* 1989; 6: 745-50.

467. Teetsel RF. The patient comment form is a hospital performance indicator. *Hospitals* 1975; 49: 38-41.

468. Walker AH, Restuccia JD. Obtaining information on patient satisfaction wit hospital care: mail vs telephone. *Health Serv Res* 1984; 19: 291-306.

469. Maceiras L, Barros JM. Sistemas de Información Sanitaria. Mediciones de clase social/nivel socioeconómico. *Libro de comunicaciones de las VII Xornadas Galegas de Admisión e Documentación Clínica: 'O papel da Admisión no hospital do futuro'.* A Coruña: Complexo Hospitalario Juan Canalejo y Sociedade Galega de Admisión e Documentación Clínica, 1995.

470. Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria. *Informe SESPAS 1993: La salud y el sistema sanitario en España.* Barcelona: SG, 1993.

471. Álvarez-Dardet C, Ruiz MT. Salud y desarrollo: del planeta, las mujeres y otros subsidios. *JANO* 1994; XLVII: 61-73.

472. Bar J, García B, Álvarez X, Portela C, Yuste J, Nebot F *et al.* Crecimiento versus desarrollo. *Arquitectos* 1978; 14: 7-54.

473. Bar J *et al.* (eds). *Asentamentos en Galicia: Interpretación da súa formación e dinámica.* Vigo, 1981.

474. Ministerio de Educación y Ciencia. *Investigación cualitativa.* Madrid: MEC, 1987.

475. McKinlay JB. Advantages and limitations of the survey approach. Understanding older people. En: Daly J, McDonald I, Willis E (eds). *Researching health care. Designs, dilemmas, disciplines.* New York: Tavistock/Routledge, 1992; 115-37.

476. Salleras L, Asenjo MA. Organización y gestión del hospital. En: Piédrola G *et al. Medicina Preventiva y Salud Pública.* Barcelona: Salvat, 1991; 1423-8.

477. Fernández E, Schiaffino A, Segura A. *Desigualtats en salut i en utilització de serveis sanitaris segons el gènere a Catalunya.* L'Hospitalet de Llobregat: Institut Universitari de Salut Pública de Catalunya, 1996. (Documento fotocopiado).

478. Sierra A, Doreste JL. Demografía y Salud Pública. En: Piédrola G *et al. Medicina Preventiva y Salud Pública.* Barcelona: Salvat, 1990; 54-81.

479. Smith GD, Bartley M, Blane D. The Black Report on socioeconomic inequalities in health 10 years on. *BMJ* 1990; 301: 373-7.

480. Antó JM. Políticas de salud orientadas por problemas. *Quad Caps* 1992; 17: 5-8.

481. Durán MA. *Desigualdad social y enfermedad.* Madrid: Tecnos, 1983.

482. Solas O. *Equidad geográfica: desigualdades sociales en salud de las provincias españolas* [tesis doctoral]. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública, 1988.

483. Regidor E, Gutiérrez-Fisac JL, Rodríguez C. *Diferencias y desigualdades en salud en España.* Madrid: Díaz de Santos, 1994.

484. Alonso J, Antó JM. Desigualtats de salut a Barcelona. *Gac Sanit* 1988; 4: 4-12.

485. March JC. *Granada en sus barrios. Descripción de sus desigualdades en salud* [tesis doctoral]. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública, 1989.

486. Martín FJ, March JC. Desigualdades sociales en salud en la ciudad de Málaga. *Gac Sanit* 1992; 6: 198-203.

487. Gómez-Durán B, Becoña E. *Estudios sobre actitudes sociales. Con muestras de la población gallega.* La Coruña: Diputación Provincial de La Coruña, 1988.

488. Morgenstern H. Socioeconomic factors: concepts, measurements and health effects. En: Ostfeld AM, Eaker ED (ed). *Measuring psychosocial variables in epidemiologic studies of cardiovascular disease.* Bethesda: NIH, 1985.

489. Liberatos P, Link BG, Kelsey JL. The measurement of social class in epidemiology. *Epidemiol Rev* 1988; 10: 87-121.

490. Andrés F. *Los nuevos valores de los españoles. España en la Encuesta Europea de Valores.* Madrid: Fundación Santa María/SM, 1991.

491. Keil U. National health survey systems in epidemiological research. En: Armitage P (ed). *National health survey systems in the European Economic Community. Proceeding of a conference held in Brussels on october 1975.* Luxembourg: Commission of the European Communitties, 1977.

492. Hernanz C, Ordóñez A. El precio de la salud. *Med Clin (Barc)* 1991; 97: 99-103.

493. Ministerio de Sanidad y Consumo. *Encuesta Nacional de Salud de España 1993.* Madrid: MSC, 1995.

494. Kandrack MA, Grant KR, Segall A. Genders differences in health related behaviour: some unanswered questions. *Soc Sci Med* 1991; 32: 579-90.

495. Hall JA, Palmer RH, Orav EJ, Hargraves JL, Wright EA, Louis TA. Performance quality, gender and professional role. A study of physicians and non-physicians in 16 ambulatory care practices. *Med Care* 1990; 28: 489-501.

496. Keane D, Woodward CA, Ferrer BM, Cohen M, Goldsmith CH. Female and male physicians. Different practice profiles. *Can Fam Physician* 1991; 37: 72-81.

497. Morrell DC, Evans ME, Morris RW, Roland MD. The 'five minutes' consultation: effect of time constraint on clinical content and patient satisfaction. *BMJ* 1986; 292: 870-3.

498. Hernández-Monsalve LM, García LM, Pérez MM, Gervás J. Influencia del sexo del médico y del paciente en la entrevista clínica. *Aten Primaria* 1992; 10: 719-24.

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

USC
UNIVERSIDADE
DE SANTIAGO
DE COMPOSTELA

ANEXO I

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

USC
UNIVERSIDADE
DE SANTIAGO
DE COMPOSTELA

CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS ANTE LA ATENCIÓN A LA SALUD RECIBIDA EN UN HOSPITAL: EL CASO DEL COMPLEJO HOSPITALARIO 'JUAN CANALEJO' (A CORUÑA)

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

HOSPITALIZACIÓN

1. Cuestionario número |_|_|_|

2. Fecha de respuesta (día/mes/año) __ / __ / __

Vamos a hacerle unas preguntas para que nos dé sus opiniones sobre estos días que ha pasado hospitalizado/a.

Estas preguntas están hechas con propósitos única y exclusivamente estadísticos. Sus respuestas se mantendrán en ***estricta confidencialidad***; en ninguna parte de este cuestionario van a constar su nombre, dirección, teléfono, o cualquier otro dato que lo/la puede identificar.

Le agradecemos que nos las conteste y que lo haga sinceramente, para que nos ayude así a mejorar la atención que les prestamos a Vds.

Si desea hacer algún comentario, hágalo libremente. Todos sus comentarios serán apreciados y tenidos en cuenta para mejorar el servicio que queremos ofrecer a todos los enfermos.

Si quiere hacernos alguna pregunta o plantear alguna cuestión, por favor hágalo, le explicaremos todo lo que Vd. quiera.

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

¡MUCHAS GRACIAS POR SU AYUDA!

¡Y NO OLVIDE QUE SUS RESPUESTAS VAN A SER CONFIDENCIALES!

A RELLENAR POR

LA PERSONA QUE HACE LA ENTREVISTA

3. Fecha de nacimiento (día/mes/año) __ / __ / __

4. Sexo 1( ) Mujer 2( ) Hombre

5. Fecha del ingreso (día/mes/año) __ / __ / __

6. Fecha del alta (día/mes/año) __ / __ / __

7-A. ¿En qué servicio ha estado ingresado/a?

_____

7-B. ¿A qué grupo de servicios de la encuesta pertenece?

1( )
2( )
3( )
4( )
5( )
6( )

8. Tipo de hospitalización

1( ) Médica
2( ) Quirúrugica

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

DATOS GENERALES

9. Antes de esta hospitalización, ¿había sido tratado en este hospital en urgencias o en consultas externas?

1( ) No
2( ) Sí, en urgencias
3( ) Sí, en consultas externas
4( ) Sí, hospitalizado

10. Antes de esta hospitalización, ¿había estado hospitalizado aquí, quedándose una o más noches?

1( ) Nunca, ésta es la primera vez
2( ) Una vez
3( ) Dos veces
4( ) Tres o más veces

11. ¿Ha estado hospitalizado alguna vez en otro hospital?

1( ) No
2( ) Sí

12. Durante su estancia aquí, ¿estuvo sólo en la habitación o con otros pacientes?

1( ) Sólo
2( ) Con otros pacientes

13. Durante su estancia en el hospital, ¿cuánta ayuda necesitó del personal para realizar sus actividades cotidianas (levantarse de la cama, bañarse, vestirse, comer, utilizar el retrete...)?

1( ) Ninguna
2( ) Poca
3( ) Alguna
4( ) Mucha

14. ¿Cómo piensa que fué el tiempo que ha pasado en el hospital?

1( ) Más del necesario
2( ) El necesario
3( ) Menos del necesario

ADMISIÓN

15-A. ¿Cómo ingresó en el hospital?

1( ) Entró por urgencias
2( ) Lo derivaron desde las consultas externas
3( ) Fué trasladado desde otro hospital
4( ) Estaba programado para algún tratamiento
5( ) Entró por lista de espera, pero no sabe el tiempo

15-B. Si no entró por urgencias, ¿cuánto tiempo estuvo en lista de espera?

_____

16. ¿Cómo le pareció el tiempo que estuvo en lista de espera?
1( ) Muy corto
2( ) Corto
3( ) Normal
4( ) Largo
5( ) Muy largo
6( ) No procede esta pregunta (ej. entrada por urgencias)

17. Cuando llegó aquí, el tiempo que tardaron en ingresarlo y la forma de hacerlo, ¿cómo le parecieron?
1( ) Muy bien
2( ) Bien
3( ) Normal
4( ) Mal
5( ) Muy mal

PERSONAL MÉDICO

18. ¿Cómo cree que fué la competencia profesional de su médico o médica?
1( ) Muy buena
2( ) Buena
3( ) Normal
4( ) Mala
5( ) Muy mala

19. ¿Con qué frecuencia lo visitó y controló su evolución?
1( ) Muy frecuentemente
2( ) Frecuentemente
3( ) A veces
4( ) Pocas veces
5( ) Nunca

20. Cuando necesitó Vd. a su médico, ¿consiguió con facilidad que acudiese?
1( ) Siempre
2( ) Casi siempre
3( ) A veces
4( ) Casi nunca
5( ) Nunca
6( ) No lo necesitó

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

21. ¿Cuál fué su trato humano y la preocupación y amabilidad con Vd.?

1( ) Muy bueno
2( ) Bueno
3( ) Normal
4( ) Malo
5( ) Muy malo

22. ¿Qué tal entendió Vd. y su familia lo que su médico le explicó sobre su enfermedad?

1( ) Muy bien
2( ) Bien
3( ) Normal
4( ) Mal
5( ) Muy mal

23. ¿Sabe Vd. el nombre de su médico?

1( ) Sí
2( ) No

PERSONAL DE ENFERMERÍA

24. ¿Cómo cree Vd. que fué la competencia profesional del personal de enfermería que lo atendió?

1( ) Muy buena
2( ) Buena
3( ) Normal
4( ) Mala
5( ) Muy mala

25. Cuando necesitó al personal de enfermería, ¿fueron rápidos en acudir y ayudarle?

1( ) Muy frecuentemente
2( ) Frecuentemente
3( ) A veces
4( ) Pocas veces
5( ) Nunca
6( ) No los necesitó

26. ¿Cuál fué su trato humano y la preocupación y amabilidad con Vd.?

1( ) Muy bueno
2( ) Bueno
3( ) Normal
4( ) Malo
5( ) Muy malo

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

COORDINACIÓN

27. ¿Cómo cree Vd. que fué la coordinación entre el personal de enfermería y médico que lo cuidó a Vd.?

1( ) Muy buena
2( ) Buena
3( ) Normal
4( ) Mala
5( ) Muy mala

OTRO PERSONAL DEL HOSPITAL

28. PERSONAL DE LIMPIEZA: ¿Cómo hicieron su trabajo y cómo se portaron con Vd.?

1( ) Muy bien
2( ) Bien
3( ) Normal
4( ) Mal
5( ) Muy mal

29. PERSONAL ADMINISTRATIVO DE LA PLANTA: ¿Cómo hicieron su trabajo y cómo se portaron con Vd.?

1( ) Muy bien
2( ) Bien
3( ) Normal
4( ) Mal
5( ) Muy mal
6( ) No contactó con ellos

30. ¿Necesitó Vd. al PERSONAL DE RADIOLOGÍA? ¿Cómo hicieron su trabajo y cómo se portaron con Vd.?

1( ) Muy bien
2( ) Bien
3( ) Normal
4( ) Mal
5( ) Muy mal
6( ) No los necesitó

CONDICIONES DEL ENTORNO

31. ¿Cómo estuvo su habitación de limpia y confortable?

1( ) Muy bien
2( ) Bien
3( ) Normal
4( ) Mal
5( ) Muy mal

32. ¿Cómo estuvo de tranquila? ¿sintió que tenía Vd. intimidad?

1( ) Siempre
2( ) Casi siempre
3( ) A veces
4( ) Casi nunca
5( ) Nunca

33. ¿Cómo fué la comida que le dieron?

1( ) Muy buena
2( ) Buena
3( ) Normal
4( ) Mala
5( ) Muy mala

ALTA

34. El tiempo que tardaron en darle de alta y el modo de hacerlo, ¿cómo le parecieron?

1( ) Muy bien
2( ) Bien
3( ) Normal
4( ) Mal
5( ) Muy mal

OTROS ASPECTOS

35. ¿Cree Vd. que se tuvieron en cuenta sus preguntas, opiniones y necesidades?

1( ) Siempre
2( ) Casi siempre
3( ) A veces
4( ) Casi nunca
5( ) Nunca

36. ¿Cómo encontró de adecuados los horarios de visitas y las facilidades para sus familiares y amistades?

1( ) Muy bien
2( ) Bien
3( ) Normal
4( ) Mal
5( ) Muy mal

SATISFACCIÓN GLOBAL CON LA ASISTENCIA HOSPITALARIA

37. En conjunto, ¿cómo está Vd. de satisfecho con su estancia en este hospital?
    1( ) Mucho
    2( ) Bastante
    3( ) Algo
    4( ) Poco
    5( ) Nada

38. ¿Cree que hay cosas que pueden y deben mejorarse?
    1( ) No
    2( ) Sí
    3( ) No sé

DATOS PERSONALES

39. ¿Cuál es su estado civil actual?
    1( ) Soltero
    2( ) Casado / Con pareja
    3( ) Separado / Divorciado
    4( ) Viudo

40. ¿Cuál de los siguientes niveles de estudios ha completado?
    1( ) Analfabeto (no sabe leer ni escribir) / Sin estudios
    2( ) Estudios primarios incompletos (certificado de escolaridad)
    3( ) Graduado escolar / Bachiller elemental / EGB / FP I
    4( ) Bachiller superior / BUP / FP II / COU / PREU
    5( ) Estudios universitarios medios / E.U. superiores
    6( ) Otros (especificar) _____

41. ¿En cuál de las siguientes situaciones se encuentra Vd. actualmente?
    1( ) Trabaja
    2( ) Jubilado o pensionista (anteriormente trabajando)
    3( ) Pensionista (anteriormente sus labores)
    4( ) Parado y ha trabajado antes
    5( ) Parado y busca su primer empleo
    6( ) Estudiante
    7( ) Sus labores
    8( ) Incapacitado
    9( ) Otra situación (especificar) _____

42-A. Si ha respondido a la pregunta anterior: 1, 2 ó 4, ¿cuál es la ocupación que desempeña en la actualidad o la última que ha desempeñado? (Por favor, especifíquela exactamente).

_____

42-B. ¿Cuál es o cuál era su situación laboral o de empleo en esa ocupación?

1( ) Trabajador por cuenta propia, sin asalariados
2( ) Trabajador por cuenta propia, con menos de 10 asalariados
3( ) Trabajador por cuenta propia, con 10 o más asalariados
4( ) Gerente de una empresa, con menos de 10 asalariados
5( ) Gerente de una empresa, con 10 o más asalariados
6( ) Capataz, supervisor o encargado
7( ) Otro asalariado
8( ) No procede esta pregunta

43. ¿En dónde vive?

Provincia _____
Municipio (Ayuntamiento / Ciudad) _____
Parroquia _____
Aldea / Lugar / Villa _____
Núcleo _____

CAMBIO DE SALUD

44. Ahora está Vd.

1( ) Mejor que cuando entró
2( ) Igual
3( ) Peor

A RELLENAR POR LA PERSONA QUE HACE LA ENTREVISTA

45. Desarrollo de la entrevista

1( ) Muy buena
2( ) Buena
3( ) Normal
4( ) Mala
5( ) Muy mala

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

RECOMENDACIONES GENERALES PARA LOS ENCUESTADORES

A las personas que tenemos delante les estamos pidiendo el favor de que nos respondan al cuestionario y que lo hagan sinceramente, para ayudarnos a mejorar el servicio que les ofrecemos, por lo tanto "es de bien nacidos ser agradecidos".

Sé AMABLE, sonríe al hablar con la gente, le transmitirás confianza y aumentarás sus ganas de explayarse.

CUÉNTALE lo que dice la página nº 2 del cuestionario. En caso de que plantee algún rechazo a contestar INSISTE en que es anónimo y TODA la información recogida es confidencial, y en que no sabemos sus datos de identificación, solamente datos como edad, sexo o profesión, que son necesarios para hacer las estadísticas.

Interroga a CADA persona con el mismo énfasis. ESCUCHA atentamente lo que te dice, manteniendo durante la entrevista una actitud neutral, SIN manifestar aprobación ni desaprobación con las respuestas. CONDUCE la entrevista (SIN influenciar las respuestas) hasta completar totalmente el cuestionario.

SACA LA MÁXIMA INFORMACIÓN A CADA CUESTIONARIO. Deja que se explique y no cortes la conversación. Apunta cualquier comentario que haga, aunque te parezca absurdo.

SIGUE EL ORDEN de las preguntas.

LAS RESPUESTAS

No olvides que es fundamental la LEGIBILIDAD de lo que escribas. El cuestionario deberá ser leído posteriormente por personas diferentes a tí, que lo redactaste, a veces mucho tiempo después.

El cuestionario consta de diez hojas y está estructurado en trece grupos de preguntas:

- A rellenar por la persona que hace la entrevista (una hoja al principio y una pregunta al final).
- Datos generales.
- Admisión.
- Personal médico.
- Personal de enfermería.
- Coordinación.
- Otro personal del hospital.
- Condiciones del entorno.
- Alta.
- Otros aspectos.

- Satisfacción global con la asistencia hospitalaria.
- Datos personales.
- Cambio de salud percibido.

La forma de rellenar el cuestionario es sencilla. Las preguntas son *cerradas*, así que se marca con una cruz la casilla que corresponde a la respuesta del paciente.

- A la pregunta *15* se responde en días. Así que si la respuesta dada es en semanas o meses, hay que 'recodificarla' a días.

- La pregunta *40* es, en principio, cerrada; pero se deja una opción a la respuesta abierta para las personas que no sepan muy bien en qué grupo entran por el tipo de estudios que han hecho (por ejemplo, auxiliares de vuelo, técnicas de publicidad...), estas respuestas se codificarán posteriormente, al pasarlas a la base de datos.

- Para la pregunta *41* se puede decir lo mismo que para la anterior.

- En la pregunta *42-A*, se entiende por trabajo cualquier actividad remunerada en una empresa (pública o privada) o en su propio domicilio; incluye la colaboración en empresa familiar y tareas domésticas remuneradas, así como el trabajo de *aprendiz*, aunque no fuese remunerado; excluye el trabajo del ama de casa en su propio hogar. El problema que aparece al utilizar esta variable es el establecimiento de la correcta distinción entre profesión y ocupación. La profesión refleja la preparación teórica de la persona, esto es, hace referencia a las titulaciones u otros avales de competencia de los individuos; por su parte, la ocupación se refiere al conjunto de tareas que realmente se realizan en el puesto de trabajo. Puede decirse que los individuos desempeñan su profesión en tareas propias de una ocupación, sin que haya una correspondencia directa y necesaria entre una y otra: la titulación permite la ocupación de ciertos puestos, pero no debe confundirse con estos (por ejemplo si un ATS trabaja como locutor de radio, la ocupación es 'locutor de radio'; si una médica es gerente de área del SERGAS, la ocupación es 'personal directivo de la administración pública', si es gerente de un policlínico privado, la ocupación es 'gerente de una empresa con diez o más asalariados'...). Es relativamente fácil recoger esta variable interactuando con el entrevistado; es preciso describir detalladamente la ocupación desempeñada, así, en algunos casos, aparte del contenido de las tareas, es necesario conocer el nivel de formación requerido o titulación asociada a ese puesto de trabajo, el cargo que se ocupa, la situación de empleo, el número de trabajadores de la empresa o la actividad de la misma. De todas formas, sólo hay que recoger la ocupación lo más especificada posible, ya que se codificará *a posteriori*, al pasarla a la base de datos.

- En la pregunta *43* hay que especificar todo lo que se pueda el lugar de residencia, para poder codificarlo luego, al introducir los datos en la base.

Las preguntas 'A rellenar por la persona que hace la entrevista' (páginas 3 y 10) se responden fácilmente: la hoja del principio (pág. 3) se cubre por la ficha/historia clínica del sujeto, que está en el servicio; la del final (pág. 10) es la impresión que has sacado de la entrevista con la persona interrogada, anota aquí también todas las observaciones útiles, así como las apreciaciones personales sobre las dificultades encontradas en el transcurso de la entrevista (agresividad, actitudes cooperativas o no cooperativas, etc.).

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

USC
UNIVERSIDADE
DE SANTIAGO
DE COMPOSTELA

ANEXO II

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

USC
UNIVERSIDADE
DE SANTIAGO
DE COMPOSTELA

Listado del programa dBaseIII Plus:

Dimos desde el 'dBaseIII Plus' la orden "LIST STRUCTURE TO PRINT", y obtuvimos el siguiente listado:

Estructura de la base de datos: D:SATISFA.dbf
Número de registros : 744
Fecha de última actualización : 13-06-96

Campo	Nombre	Tipo	Ancho	Dec
1	RESPUESTA	Numérico	1	
2	DIARESPUES	Numérico	2	
3	MESRES	Numérico	2	
4	AÑORES	Numérico	2	
5	DIANACIMIE	Numérico	2	
6	MESNAC	Numérico	2	
7	AÑONAC	Numérico	2	
8	SEXO	Numérico	1	
9	DIAINGRESO	Numérico	2	
10	MESING	Numérico	2	
11	AÑOING	Numérico	2	
12	DIA_ALTA	Numérico	2	
13	MESAL	Numérico	2	
14	AÑOAL	Numérico	2	
15	SERVICIO	Numérico	2	
16	GRUPOENCUE	Numérico	1	
17	TIPOHOSPIT	Numérico	1	
18	P_9	Numérico	1	
19	P_10	Numérico	1	
20	P_11	Numérico	1	

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

21	P_12	Numérico	1
22	P_13	Numérico	1
23	P_14	Numérico	1
24	P_15_A	Numérico	1
25	P_15_B	Numérico	3
26	P_16	Numérico	1
27	P_17	Numérico	1
28	P_18	Numérico	1
29	P_19	Numérico	1
30	P_20	Numérico	1
31	P_21	Numérico	1
32	P_22	Numérico	1
33	P_23	Numérico	1
34	P_24	Numérico	1
35	P_25	Numérico	1
36	P_26	Numérico	1
37	P_27	Numérico	1
38	P_28	Numérico	1
39	P_29	Numérico	1
40	P_30	Numérico	1
41	P_31	Numérico	1
42	P_32	Numérico	1
43	P_33	Numérico	1
44	P_34	Numérico	1
45	P_35	Numérico	1
46	P_36	Numérico	1
47	P_37	Numérico	1
48	P_38_A	Numérico	1
49	P_39	Numérico	1
50	P_40	Numérico	1

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

51	P_41	Numérico	1
52	P_42_B	Numérico	1
53	CLASESOCIA	Numérico	1
54	P_43	Numérico	1
55	P_44	Numérico	1
56	AHORAESTA	Numérico	1
** Total **			72

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

Listados del programa SPSS:

Para definir los datos, depurarlos y crear otros nuevos:

```
*Identificación del trabajo.
TITLE 'Satisfacción de los usuarios'.
SUBTITLE 'SATISFAD.SPS'.


*Definición de datos.

**Localización de los datos en el archivo.
DATA LIST FILE='SATISFA.DAT' /V1 1 V2 TO V7 2-13 V8 14 V9 TO V14 15-26
V15 27-28 V16 TO V17 29-30 V18 TO V23 31-36 V24 37 V25 38-40
  V26 TO V27 41-42 V28 TO V33 43-48 V34 TO V37 49-52 V38 TO V40 53-55
  V41 TO V43 56-58 V44 59 V45 TO V46 60-61 V47 TO V48 62-63
  V49 TO V54 64-69 V55 TO V56 70-71.

**Asignación a cada variable de una etiqueta descriptiva.
VARIABLE LABELS V1 'Respuesta'
               V2 'Día respuesta'
               V3 'Mes respuesta'
               V4 'Año respuesta'
               V5 'Día nacimiento'
               V6 'Mes nacimiento'
               V7 'Año nacimiento'
               V8 'Sexo'
               V9 'Día ingreso'
               V10 'Mes ingreso'
```

V11 'Año ingreso'

V12 'Día alta'

V13 'Mes alta'

V14 'Año alta'

V15 'Servicio ingresado'

V16 'Grupo de la encuesta'

V17 'Tipo de hospitalización'

V18 'Tratamientos aquí'

V19 'Otras hospitalizaciones aqui'

V20 'Hospitalizaciones en otro hospital'

V21 'Ocupación habitación'

V22 'Ayuda que necesitó'

V23 'Tiempo hospitalización'

V24 'Ingreso'

V25 'Tiempo lista espera'

V26 'El tiempo de lista le pareció'

V27 'El ingreso le pareció'

V28 'Competencia profesional medicina'

V29 'Frecuencia visita'

V30 'Acudir médico'

V31 'Trato humano médico'

V32 '¿Entendieron explicaciones?'

V33 '¿Sabe el nombre?'

V34 'Competencia profesional enfermería'

V35 'Rapidez en acudir'

V36 'Trato humano enfermería'

V37 'Coordinación méd-enf'

V38 'Personal limpieza'

V39 'Personal administrativo'

V40 'Personal radiología'

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

V41 'Limpieza habitación'
V42 'Tranquilidad habitación'
V43 'Comida'
V44 'El alta le parecio'
V45 '¿Se le tuvo en cuenta?'
V46 'Visitas'
V47 'Satisfacción global'
V48 '¿Se puede mejorar?'
V49 'Estado civil'
V50 'Nivel de estudios'
V51 'Ocupación'
V52 'Situación laboral'
V53 'Clase social'
V54 'Domicilio'
V55 'Entrevista'
V56 'Ahora está'.

**Asignación de etiqueta a los valores de las variables cualitativas.

VALUE LABELS V1 1 'Entrevista' 2 'Telefónica'
/V8 1 'Mujer' 2 'Hombre'
/V17 1 'Médica' 2 'Quirúrgica'
/V18 1 'No' 2 'Sí, urgencias'
3 'Sí, consultas externas' 4 'Sí, hospitalizado'
/V19 1 'Nunca' 2 'Una vez' 3 'Dos veces' 4 'Tres o más'
/V20 1 'No' 2 'Sí'
/V21 1 'Solo' 2 'Con otros pacientes'
/V22 1 'Ninguna' 2 'Poca' 3 'Alguna' 4 'Mucha'
/V23 3 'Más del necesario' 2 'El necesario'
1 'Menos del necesario'
/V24 1 'Urgencias' 2 'Consultas externas' 3 'Traslado'

4 'Lista espera (no sabe tiempo)' 5 'Programado tratm'

/V26 5 'Muy bueno (M.corto)' 4 'Bueno (Corto)' 3 'Normal'

2 'Malo (Largo)' 1 'Muy malo (M.largo)' 6 'No procede'

/V27 V32 V38 V41 V44 V46 5 'Muy bien' 4 'Bien' 3 'Normal'

2 'Mal' 1 'Muy mal'

/V39 V40 5 'Muy bien' 4 'Bien' 3 'Normal' 2 'Mal' 1 'Muy mal'

6 'No procede'

/V28 V34 V37 V43 V55 5 'Muy buena' 4 'Buena' 3 'Normal'

2 'Mala' 1 'Muy mala'

/V29 5 'Muy frecuentemente' 4 'Frecuentemente' 3 'A veces'

2 'Pocas veces' 1 'Nunca'

/V35 5 'Muy frecuentemente' 4 'Frecuentemente' 3 'A veces'

2 'Pocas veces' 1 'Nunca' 6 'No necesitó'

/V30 5 'Siempre' 4 'Casi siempre' 3 'A veces' 2 'Casi nunca'

1 'Nunca' 6 'No necesitó'

/V42 V45 5 'Siempre' 4 'Casi siempre' 3 'A veces' 2 'Casi nunca'

1 'Nunca'

/V31 V36 5 'Muy bueno' 4 'Bueno' 3 'Normal'

2 'Malo' 1 'Muy malo'

/V33 1 'No' 2 'Sí'

/V47 5 'Mucho' 4 'Bastante' 3 'Algo' 2 'Poco' 1 'Nada'

/V48 1 'No' 2 'Sí' 3 'No sé'

/V49 1 'Soltero' 2 'Casado/Con pareja'

3 'Separado/Divorciado' 4 'Viudo'

/V50 1 'Sin estudios' 2 'Primarios' 3 'Graduado escolar'

4 'Bachiller' 5 'Universitarios M/S' 6 'Otros'

/V51 1 'Trabaja' 2 'Jubilado/Pens' 3 'Pensionista s.l.'

4 'Parado T. antes' 5 'Parado 1º emp' 6 'Estudiante'

7 'Sus labores' 8 'Incapacitado' 9 'Otros'

/V53 1 'Directivos' 2 'Técnicos/Profesionales' 3 'Apoyo/Adm'

```
        4 'T cta propia' 5 'Supervisores' 6 'T man cualif'
        7 'T man semicual' 8 'T no cual' 9 'Otros'
    /V54 1 'Rural' 2 'Intermedia' 3 'Urbana' 4 'Gran urbe'
    /V56 3 'Mejor'  2 'Igual'  1 'Peor'.

**Declaración de valores omitidos o no válidos por variable.
RECODE V26 (0=6).
FORMATS V26 (F1).

MISSING VALUES V26 (6) /V30 (6) /V35 (6) /V39 TO V40 (6).


*Depuración de datos.
IF (V1<1 OR V1>2) V1=-1*V1.
FORMATS V1 (F1).

IF (V2>31) V2=-1*V2.
IF (V2=0) V2=-100.
IF ((V3=4 OR V3=6 OR V3=9 OR V3=11) AND V2>30) V2=-1*V2.
IF (V3=2 AND V2>28) V2=-1*V2.
FORMATS V2 (F2).

IF (V3>12) V3=-1*V3.
IF (V3=0) V3=-100.
FORMATS V3 (F2).

IF ((V4>0 AND V4<96) OR V4>96) V4=-1*V4.
IF (V4=0) V4=-100.
FORMATS V4 (F2).
```

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

```
IF (V5>31) V5=-1*V5.
IF (V5=0) V5=-100.
IF ((V6=4 OR V6=6 OR V6=9 OR V6=11) AND V5>30) V5=-1*V5.
IF (V6=2 AND V5>28) V5=-1*V5.
IF (V6>12) V6=-1*V6.
IF (V6=0) V6=-100.
FORMATS V5 TO V6 (F2).

IF ((V4-V7)>15) V7=-1*V7.
IF (V7=0) V7=-100.
FORMATS V7 (F2).

IF (V8<1 OR V8>2) V8=-1*V8.
FORMATS V8 (F1).

IF (V9>31) V9=-1*V9.
IF (V9=0) V9=-100.
IF ((V10=4 OR V10=6 OR V10=9 OR V10=11) AND V9>30) V9=-1*V9.
IF (V10=2 AND V9>28) V9=-1*V9.
IF (V10>12) V10=-1*V10.
IF (V10=0) V10=-100.
FORMATS V9 TO V10 (F2).
IF ((V11>0 AND V11<95) OR V11>96) V11=-1*V11.
IF (V11=0) V11=-100.
FORMATS V11 (F2).

IF (V12>31) V12=-1*V12.
IF (V12=0) V12=-100.
IF ((V13=4 OR V13=6 OR V13=9 OR V13=11) AND V12>30) V12=-1*V12.
IF (V13=2 AND V12>28) V12=-1*V12.
```

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

```
IF (V13>12) V13=-1*V13.
IF (V13=0) V13=-100.
FORMATS V12 TO V13 (F2).
IF ((V14>0 AND V14<96) OR V14>96) V14=-1*V14.
IF (V14=0) V14=-100.
FORMATS V14 (F2).

IF (V15<1 OR V15>32) V15=-1*V15.
FORMATS V15 (F1).

IF (V16<1 OR V16>6) V16=-1*V16.
FORMATS V16 (F1).

IF (V17<1 OR V17>2) V17=-1*V17.
FORMATS V17 (F1).

IF (V18<1 OR V18>4) V18=-1*V18.
FORMATS V18 (F1).

IF (V19<1 OR V19>4) V19=-1*V19.
FORMATS V19 (F1).

IF (V20<1 OR V20>2) V20=-1*V20.
FORMATS V20 (F1).

IF (V21<1 OR V21>2) V21=-1*V21.
FORMATS V21 (F1).

IF (V22<1 OR V22>4) V22=-1*V22.
FORMATS V22 (F1).
```

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

```
IF (V23<1 OR V23>3) V22=-1*V23.
FORMATS V23 (F1).

IF (V24<1 OR V24>5) V24=-1*V24.
FORMATS V24 (F1).

IF (V25<1 OR V25>365) V25=-1*V25.
FORMATS V25 (F1).

IF (V26<1 OR V26>6) V26=-1*V26.
FORMATS V26 (F1).

IF (V27<1 OR V27>5) V27=-1*V27.
FORMATS V27 (F1).

IF (V28<1 OR V28>5) V28=-1*V28.
FORMATS V28 (F1).

IF (V29<1 OR V29>5) V29=-1*V29.
FORMATS V29 (F1).

IF (V30<1 OR V30>6) V30=-1*V30.
FORMATS V30 (F1).

IF (V31<1 OR V31>5) V31=-1*V31.
FORMATS V31 (F1).

IF (V32<1 OR V32>5) V32=-1*V32.
FORMATS V32 (F1).
```

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

```
IF (V33<1 OR V33>2) V33=-1*V33.
FORMATS V33 (F1).

IF (V34<1 OR V34>5) V34=-1*V34.
FORMATS V34 (F1).

IF (V35<1 OR V35>6) V35=-1*V35.
FORMATS V35 (F1).

IF (V36<1 OR V36>5) V36=-1*V36.
FORMATS V36 (F1).

IF (V37<1 OR V37>5) V37=-1*V37.
FORMATS V37 (F1).

IF (V38<1 OR V38>5) V38=-1*V38.
FORMATS V38 (F1).

IF (V39<1 OR V39>6) V39=-1*V39.
FORMATS V39 (F1).

IF (V40<1 OR V40>6) V40=-1*V40.
FORMATS V40 (F1).

IF (V41<1 OR V41>5) V41=-1*V41.
FORMATS V41 (F1).

IF (V42<1 OR V42>5) V42=-1*V42.
FORMATS V42 (F1).
```

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

```
IF (V43<1 OR V43>5) V43=-1*V43.
FORMATS V43 (F1).

IF (V44<1 OR V44>5) V44=-1*V44.
FORMATS V44 (F1).

IF (V45<1 OR V45>5) V45=-1*V45.
FORMATS V45 (F1).

IF (V46<1 OR V46>5) V46=-1*V46.
FORMATS V46 (F1).

IF (V47<1 OR V47>5) V47=-1*V47.
FORMATS V47 (F1).

IF (V48<1 OR V48>3) V48=-1*V48.
FORMATS V48 (F1).

IF (V49<1 OR V49>4) V49=-1*V49.
FORMATS V49 (F1).

IF (V50<1 OR V50>6) V50=-1*V50.
FORMATS V50 (F1).

IF (V51<1 OR V51>9) V51=-1*V51.
FORMATS V51 (F1).

IF (V52<1 OR V52>8) V52=-1*V52.
FORMATS V52 (F1).
```

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

```
IF (V53<1 OR V53>9) V53=-1*V53.
FORMATS V53 (F1).

IF (V54<1 OR V54>4) V54=-1*V54.
FORMATS V54 (F1).

IF (V55<1 OR V55>5) V55=-1*V55.
FORMATS V55 (F1).

IF (V56<1 OR V56>3) V56=-1*V56.
FORMATS V56 (F1).

**Recuento de errores.
COUNT ERR = V1 TO V56 (LO THRU -0.001).

**Selección de errores por caso.
SELECT IF (ERR>0).

**Asignación de la salida de los errores a un fichero.
SET LISTING='ERRORES.LIS'.

**Selección de los casos con algún error y listado de ellos.
LIST.


*Generación de variables.

**Años cumplidos.
COMPUTE G1=V4-V7.
IF ((V6>V3) OR (V6=V3 AND V5>V2)) G1=G1-1.
```

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

```
RECODE G1 (0 THRU 14=1) (15 THRU 19=2) (20 THRU 24=3) (25 THRU 44=4)
        (45 THRU 64=5) (65 THRU HI=6).
VARIABLE LABELS G1 'Edad en años'.
VALUE LABELS G1 1 '0 a 14 años' 2 '15 a 19 años' 3 '20 a 24 años'
              4 '25 a 44 años' 5 '45 a 64 años' 6 '65 o más años'.
FORMATS G1 (F2).

**Tiempo ingresado.
COMPUTE G2=YRMODA(1900+V14,V13,V12)-YRMODA(1900+V11,V10,V9).
RECODE G2 (0 THRU 1=1) (2=2) (3=3) (4=4) (5 THRU 10=5) (11 THRU 20=6)
        (21 THRU 30=7) (31 THRU 90=8) (91 THRU 180=9).
VARIABLE LABELS G2 'Tiempo ingresado'.
VALUE LABELS G2 1 '1 Día' 2 '2 días' 3 '3 días' 4 '4 días' 5 '5 a 10 días'
              6 '11 a 20 días' 7 '21 a 30 días' 8 '31 a 90 días'
              9 '91 a 180 días'.
FORMATS G2 (F3).

**Recodificación de variables.
RECODE V23 (1=3) (3=1).
FORMATS V23 (F1).

RECODE V24 (0=2) (3=2) (4=2) (5=2).
VALUE LABELS V24 1 'Por urgencias' 2 'Otras formas'.
FORMATS V24 (F1).

RECODE V25 (0 THRU 15=1) (16 THRU 30=2) (31 THRU 90=3) (91 THRU
180=4)
        (181 THRU 365=5).
VALUE LABELS V25 1 'De 1 a 15 días' 2 'De 16 a 30 días' 3 'De 31 a 90 días'
              4 'De 91 a 180 días' 5 'De 181 a 365 días'.
```

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

FORMATS V25 (F3).

RECODE V25 (5=4).
VALUE LABELS V25 1 'De 1 a 15 días' 2 'De 16 a 30 días' 3 'De 31 a 90 días'
4 '91 y más días'.
FORMATS V25 (F1).

RECODE V26 V27 (1=5) (2=4) (4=2) (5=1).
FORMATS V26 V27 (F1).

RECODE V27 (2=1) (3=2) (4=3) (5=4).
VALUE LABELS V27 1 'Mal' 2 'Normal' 3 'Bien' 4 'Muy bien'.
FORMATS V27 (F1).

RECODE V28 V29 V30 V31 V32 (1=5) (2=4) (4=2) (5=1).
FORMATS V28 V29 V30 V31 V32 (F1).

RECODE V28 (2=1) (3=1) (4=2) (5=3).
VALUE LABELS V28 1 'Mala' 2 'Buena' 3 'Muy buena'.
FORMATS V28 (F1).

RECODE V29 (2=1) (3=1) (4=2) (5=3).
VALUE LABELS V29 1 'Pocas veces' 2 'Frecuentemente' 3 'Muy frecuentemente'.
FORMATS V29 (F1).

RECODE V30 (2=1) (3=1) (4=2) (5=3).
VALUE LABELS V30 1 'A veces' 2 'Casi siempre' 3 'Siempre'.
FORMATS V30 (F1).

RECODE V31 (2=1) (3=2) (4=3) (5=4).

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

```
VALUE LABELS V31 1 'Malo' 2 'Normal' 3 'Bueno' 4 'Muy bueno'.
FORMATS V31 (F1).

RECODE V31 (2=1) (3=2) (4=3).
VALUE LABELS V31 1 'Regular' 2 'Bueno' 3 'Muy bueno'.
FORMATS V31 (F1).

RECODE V32 (2=1) (3=2) (4=3) (5=4).
VALUE LABELS V32 1 'Mal' 2 'Normal' 3 'Bien' 4 'Muy bien'.
FORMATS V32 (F1).

RECODE V33  (1=2) (2=1).
FORMATS V33 (F1).

RECODE V34 V35 V36 V37 (1=5) (2=4) (4=2) (5=1).
FORMATS V34 V35 V36 V37 (F1).

RECODE V34 (2=1) (3=2) (4=3) (5=4).
VALUE LABELS V34 1 'Mala' 2 'Normal' 3 'Buena' 4 'Muy buena'.
FORMATS V34 (F1).

RECODE V34 (2=1) (3=2) (4=3).
VALUE LABELS V34 1 'Regular' 2 'Buena' 3 'Muy buena'.
FORMATS V34 (F1).

RECODE V35 (2=1) (3=2) (4=3) (5=4).
VALUE LABELS V35 1 'Pocas veces' 2 'A veces' 3 'Frecuentemente'
            4 'Muy frecuentemente'.
FORMATS V35 (F1).
```

RECODE V35 (2=1) (3=2) (4=3).
VALUE LABELS V35 1 'A veces' 2 'Frecuentemente' 3 'Muy frecuentemente'.
FORMATS V35 (F1).

RECODE V36 (2=1) (3=2) (4=3) (5=4).
VALUE LABELS V36 1 'Malo' 2 'Normal' 3 'Bueno' 4 'Muy bueno'.
FORMATS V36 (F1).

RECODE V36 (2=1) (3=2) (4=3).
VALUE LABELS V36 1 'Regular' 2 'Bueno' 3 'Muy bueno'.
FORMATS V36 (F1).

RECODE V37 (2=1) (3=2) (4=3) (5=4).
VALUE LABELS V37 1 'Mala' 2 'Normal' 3 'Buena' 4 'Muy buena'.
FORMATS V37 (F1).

RECODE V38 V39 V40 (1=5) (2=4) (4=2) (5=1).
FORMATS V38 V39 V40 (F1).

RECODE V38 (2=1) (3=2) (4=3) (5=4).
VALUE LABELS V38 1 'Mal' 2 'Normal' 3 'Bien' 4 'Muy bien'.
FORMATS V38 (F1).

RECODE V39 (3=1) (4=2) (5=3).
VALUE LABELS V39 1 'Normal' 2 'Bien' 3 'Muy bien'.
FORMATS V39 (F1).

RECODE V40 (3=1) (4=2) (5=3).
VALUE LABELS V40 1 'Normal' 2 'Bien' 3 'Muy bien'.
FORMATS V40 (F1).

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

```
RECODE V41 V42 V43 (1=5) (2=4) (4=2) (5=1).
FORMATS V41 V42 V43 (F1).

RECODE V41 (2=1) (3=2) (4=3) (5=4).
VALUE LABELS V41 1 'Mal' 2 'Normal' 3 'Bien' 4 'Muy bien'.
FORMATS V41 (F1).

RECODE V42 (2=1) (3=2) (4=3) (5=4).
VALUE LABELS V42 1 'Nunca' 2 'A veces' 3 'Casi siempre' 4 'Siempre'.
FORMATS V42 (F1).

RECODE V43 (2=1) (3=2) (4=3) (5=4).
VALUE LABELS V43 1 'Mala' 2 'Normal' 3 'Buena' 4 'Muy buena'.
FORMATS V43 (F1).

RECODE V44 V45 V46 (1=5) (2=4) (4=2) (5=1).
FORMATS V44 V45 V46 (F1).

RECODE V44 (2=1) (3=2) (4=3) (5=4).
VALUE LABELS V44 1 'Mal' 2 ' Normal' 3 'Bien' 4 'Muy bien'.
FORMATS V44 (F1).

RECODE V45 (3=2) (4=3) (5=4).
VALUE LABELS V45 1 'Nunca' 2 'A veces' 3 'Casi siempre' 4 'Siempre'.
FORMATS V45 (F1).

RECODE V46 (2=1) (3=2) (4=3) (5=4).
VALUE LABELS V46 1 'Mal' 2 'Normal' 3 'Bien' 4 'Muy bien'.
FORMATS V46 (F1).
```

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

```
RECODE V47 (1=5) (2=4) (4=2) (5=1).
FORMATS V47 (F1).

RECODE V47 (2=1) (3=1) (4=2) (5=3).
VALUE LABELS V47 1 'Poco' 2 'Bastante' 3 'Mucho'.
FORMATS V47 (F1).

RECODE V50 (2=1) (3=2) (4=2) (5=3).
VALUE LABELS V50 1 'Sin est/Prim incom' 2 'EGB/Bach/FP' 3 'Univ med/sup'.
FORMATS V50 (F1).

RECODE V51 (3=2) (4=3) (5=4) (6=4) (7=4) (8=4).
VALUE LABELS V51 1 'Trabaja' 2 'Pensionista' 3 'Parado' 4 's/l,estd,incap'.
FORMATS V51 (F1).

RECODE V53 (0=9).
FORMATS V53 (F1).

RECODE V53 (4=3) (5=3) (6=4) (7=4) (8=5) (9=5).
VALUE LABELS V53 1 'Directivos' 2 'Técnicos/Profesionales'
            3 'Admsts/Trab cta propia/Supervis'
            4 'Trab manls' 5 'Trab no cualif'.
FORMATS V53 (F1).

RECODE V55 (1=5) (2=4) (4=2) (5=1).
FORMATS V55 (F1).

RECODE V55 (2=1) (3=2) (4=3) (5=4).
VALUE LABELS V55 1 'Mala' 2 'Normal' 3 'Buena' 4 'Muy buena'.
FORMATS V55 (F1).
```

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

```
RECODE V56 (1=3) (3=1).
FORMATS V56 (F1).


*Creación del archivo activo del sistema.
SAVE OUTFILE='SATISFA.SYS'.


*Final del programa y vuelta al DOS.
FINISH.
```

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

Para tratar los datos estadísticamente:

```
*Envío de la salida de resultados a un archivo.
SET LISTING='SATISFA.LIS'.

*Identificación del trabajo.
TITLE 'Satisfacción de los usuarios'.
SUBTITLE 'SATISFAE.SPS'.

*Recuperación del archivo activo del sistema.
GET FILE='SATISFA.SYS'.

*Visualización de la información de las variables del archivo activo.
DISPLAY ALL.


*Análisis estadístico.

**Univariante.
**Descripción de variables y estimación de parámetros.
FREQUENCIES ALL /STATISTICS ALL /HISTOGRAM FREQ.
DESCRIPTIVES G1 G2 V25 /OPTIONS /STATISTICS 2
 /PERCENTILES=5 10 25 50 75 90 95 99.
EXAMINE VARIABLES=V47.

**Bivariante.
**Relación entre dos variables cualitativas.
CROSSTABS V47 BY ALL /STATISTICS ALL /OPTIONS 4.
```

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

**Multivariante.

***Análisis factorial de componentes principales (este primer análisis multivariante lo realizamos en siete etapas distintas, una para cada cada grupo de datos y una final).

*****Datos demográficos y socioeconómicos.**

```
GET /FILE 'SATISFA.SYS'.
FACTOR /VARIABLES V8 G1 V49 V50 V51 V53 V54 /FORMAT SORT /PLOT
EIGEN
 /SAVE REGRESSION (ALL D_SE_).
SAVE OUTFILE='MULTI.SYS'.
```

*****Datos de gestión de recursos.**

```
GET /FILE 'MULTI.SYS'.
FACTOR /VARIABLES V17 G2 V18 V19 V20 V22 V23 V45 V46 V48 V56
 /FORMAT SORT /PLOT EIGEN /SAVE REGRESSION (ALL GR_).
SAVE OUTFILE='MULTI.SYS'.
```

*****Datos de ingreso y alta.**

```
GET /FILE 'MULTI.SYS'.
FACTOR /VARIABLES V24 V25 V27 V44 /FORMAT SORT /PLOT EIGEN
 /SAVE REGRESSION (ALL I_A_).
SAVE OUTFILE='MULTI.SYS'.
```

*****Datos del personal médico.**

```
GET /FILE 'MULTI.SYS'.
FACTOR /VARIABLES V28 V29 V31 V32 V33 /FORMAT SORT /PLOT EIGEN
 /SAVE REGRESSION (ALL PM_).
SAVE OUTFILE='MULTI.SYS'.
```

*****Datos del personal de enfermería.**

```
GET /FILE 'MULTI.SYS'.
```

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

```
FACTOR /VARIABLES V34 V35 V36 V37 /CRITERIA FACTORS (2)
 /FORMAT SORT /PLOT EIGEN /SAVE REGRESSION (ALL PE_).
SAVE OUTFILE='MULTI.SYS'.
```

***Datos del entorno.**

```
GET /FILE 'MULTI.SYS'.
FACTOR /VARIABLES V38 V41 V42 V43 /CRITERIA FACTORS (2)
 /FORMAT SORT /PLOT EIGEN /SAVE REGRESSION (ALL E_).
SAVE OUTFILE='MULTI.SYS'.
```

***Datos finales globales.**

```
GET /FILE 'MULTI.SYS'.
FACTOR /VARIABLES D_SE_1 D_SE_2 D_SE_3 GR_1 GR_2 GR_3 GR_4 GR_5
 I_A_1 I_A_2 PM_1 PM_2 PE_1 PE_2 E_1 E_2
 /FORMAT SORT /PLOT EIGEN /SAVE REGRESSION (ALL FIN_).
SAVE OUTFILE='FIN.SYS'.
```

***Análisis discriminante canónico (este análisis multivariante lo realizamos en *SPSS Windows 6.1.2.* Lo hicimos con varios grupos de factores y variables, siempre con las mismas instrucciones; a continuación ponemos uno de los grupos: el que incluía todos los factores).

```
GET FILE='A:\fin.sys'.
EXECUTE.
DISCRIMINANT
 /GROUPS=v47(1 3)
 /VARIABLES=fin_1 fin_2 fin_3 fin_4 fin_5 fin_6 fin_7
 /ANALYSIS ALL
 /METHOD=WILKS
 /FIN=3,84
```

/FOUT=2,71

/PRIORS SIZE

/HISTORY STEP END

/STATISTICS=TABLE

/PLOT=COMBINED

/CLASSIFY=NONMISSING POOLED.

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

USC
UNIVERSIDADE
DE SANTIAGO
DE COMPOSTELA

ANEXO III

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

USC
UNIVERSIDADE
DE SANTIAGO
DE COMPOSTELA

Tabla 1.A. Relación entre la satisfaccion global de los usuarios y el modo de respuesta al cuestionario (con los porcentajes de las columnas).

	Entrevista personal	Entrevista telefónica	Total Fila
Poca	35 5,1%	3 4,8%	38 5,1%
Bastante	351 51,4%	32 51,6%	383 51,4%
Mucha	296 43,4%	27 43,5%	323 43,4%
Total Columna	682 91,7%	62 8,3%	744 100,0%

Tabla 2.A. Relación entre la satisfaccion global de los usuarios y el sexo.

	Hombre	Mujer	Total Fila
Poca	13 3,0%	24 6,9%	37 4,9%
Bastante	228 57,6%	156 44,8%	384 51,6%
Mucha	155 39,4%	168 48,3%	323 43,4
Total Columna	396 53,2%	348 46,8%	744 100,0%

Tabla 3.A. Relación entre la satisfaccion global de los usuarios y la edad.

	15 a 24 años	25 a 44 años	45 a 64 años	65 y más a.	Total Fila
Poca	0	12 11,1%	13 4,0%	11 4,2%	36 4,8%
Bastante	24 50,0%	60 55,6%	168 56,0%	133 45,8%	385 51,7%
Mucha	24 50,0%	36 33,3%	119 40,0%	144 50,0%	323 43,4%
Total Columna	48 6,5%	108 14,5%	300 40,3%	288 38,7%	744 100,0%

Tabla 4.A. Relación entre la satisfaccion global de los usuarios y el estado civil.

	Soltero	Casado C/pareja	Separad Divorcia	Viudo	Total Fila
Poca	0	25 5,0%	0	14 11,1%	39 5,2%
Bastante	60 50,0%	251 52,5%	12 33,3%	59 55,6%	382 51,4%
Mucha	60 50,0%	204 42,5%	24 66,7%	35 33,3%	323 43,4%
Total Columna	120 16,1%	480 64,5%	36 4,8%	108 14,5%	744 100,0%

Tabla 5.A. Relación entre la satisfaccion global de los usuarios y el nivel de estudios.

	Sin estuds Prim incom	EGB/FP Bachiller	Universits meds/sups	Total Fila
Poca	0	12 5,3%	23 19,8%	36 4,8%
Bastante	192 48,5%	144 63,2%	49 40,2%	384 51,6%
Mucha	204 51,5%	72 31,6%	48 40,0%	324 43,5%
Total Columna	396 53,2%	228 30,6%	120 16,1%	744 100,0%

Tabla 6.A. Relación entre la satisfaccion global de los usuarios y la ocupación.

	Trabaja	Pensioni	Parado	s/l,estdt incapaci	Total Fila
Poca	0	25 7,1%	0	13 7,7%	38 5,1%
Bastante	72 35,3%	168 50,0%	24 50,0%	120 76,9%	384 51,6%
Mucha	132 64,7%	143 42,9%	24 50,0%	23 15,4%	322 43,2%
Total Columna	204 27,4%	336 45,2%	48 6,5%	156 21,0%	744 100,0%

Tabla 7.A. Relación entre la satisfaccion global de los usuarios y la clase social.

	Directiv I	Técnics II	Admnstr III	T.manls IV	T.no cu V/Otrs	Total Fila
Poca	0	11 24,9%	0	10 6,7%	14 4,3%	35 4,7%
Bastante	12 50,0%	24 50,0%	84 38,9%	109 60,0%	155 56,5%	384 51,6%
Mucha	12 50,0%	13 25,1%	132 61,1%	61 33,3%	107 39,1%	325 43,6%
Total Columna	24 3,2%	48 6,5%	216 29,0%	180 24,2%	276 37,1%	744 100,0%

Tabla 8.A. Relación entre la satisfaccion global de los usuarios y el lugar de residencia.

	Rural	Interme	Urbano	Gran urbe	Total Fila
Poca	25 9,1%	0	0	14 3,4%	39 5,2%
Bastante	131 50,0%	60 55,6%	12 50,0%	179 51,7%	382 51,3%
Mucha	108 40,9%	48 44,4%	12 50,0%	155 44,8%	323 43,4%
Total Columna	264 35,5%	108 14,5%	24 3,2%	348 46,8%	744 100,0%

Tabla 9.A. Relación entre la satisfaccion global de los usuarios y el tipo de hospitalización.

	Médica	Quirúrgica	Total Fila
Poca	12 3,4%	26 6,1%	38 5,1%
Bastante	228 65,5%	153 39,4%	381 51,2%
Mucha	108 31,0%	217 54,5%	325 43,6%
Total Columna	348 46,8%	396 53,2%	744 100,0%

Tabla 10.A. Relación entre la satisfaccion global de los usuarios y el tiempo que han pasado ingresados.

	De 1 a 4 días	De 5 a 10 días	De 11 a 20 días	De 21 a 30 días	de 31 a 180 días	Total Fila
Poca	0	0	23 9,5%	11 24,8%	0	34 4,6%
Bastante	72 50,0%	70 31,6%	192 76,2%	24 50,0%	25 33,3%	383 51,4%
Mucha	72 50,0%	158 68,4%	37 14,3%	13 25,2%	47 66,7%	327 44,0%
Total Columna	144 19,4%	228 30,6%	252 33,9%	48 6,5%	72 9,7%	744 100,0%

Tabla 11.A. Relación entre la satisfaccion global de los usuarios y otros tratamientos en este mismo hospital.

	No	Sí urgencs	Sí con exts	Sí hospit	Total Fila
Poca	0	0	0	36 10,0%	36 4,8%
Bastante	120 47,6%	35 33,3%	12 50,0%	216 60,0%	383 51,5%
Mucha	132 52,4%	73 66,7%	12 50,0%	108 30,0%	325 43,7%
Total Columna	252 33,9%	108 14,5%	24 3,2%	360 48,4%	744 100,0%

Tabla 12.A. Relación entre la satisfaccion global de los usuarios y otras hospitalizaciones en este mismo hospital.

	Nunca	Una vez	Dos veces	Tres o más vec	Total Fila
Poca	0	24 10,5%	15 10,0%	0	39 5,2%
Bastante	133 45,8%	145 63,2%	34 30,0%	70 66,7%	382 51,3%
Mucha	155 54,2%	59 26,3%	71 60,0%	38 33,3%	323 43,4%
Total Columna	288 38,7%	228 30,6%	120 16,1%	108 14,5%	744 100,0%

Tabla 13.A. Relación entre la satisfaccion global de los usuarios y las hospitalizaciones en otros hospitales.

	No estuvo en otro h	Sí estuvo en otro h	Total Fila
Poca	12 3,1%	20 6,7%	32 4,3%
Bastante	253 65,6%	134 36,7%	387 52,0%
Mucha	119 31,3%	206 56,7%	325 43,6%
Total Columna	384 51,6%	360 48,4%	744 100,0%

Tabla 14.A. Relación entre la satisfaccion global de los usuarios y la ayuda que necesitaron.

	Ninguna	Poca	Alguna	Mucha	Total Fila
Poca	0	0	0	38 21,4%	38 5,1%
Bastante	108 37,5%	83 87,5%	120 62,5%	70 42,9%	381 51,2%
Mucha	180 62,5%	13 12,5%	72 37,5%	60 35,7%	325 43,6%
Total Columna	288 38,7%	96 12,9%	192 25,8%	168 22,6%	744 100,0%

Tabla 15.A. Relación entre la satisfaccion global de los usuarios y el tiempo de hospitalización que creyeron necesario.

	Menos del necesario	El necesario	Más del necesario	Total Fila
Poca	11 14,3%	26 4,0%	0	37 4,9%
Bastante	49 57,1%	287 48,0%	50 80,0%	386 51,9%
Mucha	24 28,6%	287 48,0%	10 20,0%	321 43,2%
Total Columna	84 11,3%	600 80,6%	60 8,1%	744 100,0%

Tabla 16.A. Relación entre la satisfaccion global de los usuarios y el hecho de tener en cuenta sus opiniones.

	Nunca	A veces	Casi siempre	Siempre	Total Fila
Poca	0	14 14,3%	12 9,1%	16 2,6%	42 5,6%
Bastante	47 80,0%	35 42,9%	72 54,5%	226 48,7%	380 51,1%
Mucha	13 20,0%	35 42,9%	48 36,4%	226 48,7%	322 43,3%
Total Columna	60 8,1%	84 11,3%	132 17,7%	468 62,9%	744 100,0%

Tabla 17.A. Relación entre la satisfaccion global de los usuarios y la adecuación de los horarios de visitas.

	Mal	Normal	Bien	Muy bien	Total Fila
Poca	23 20,0%	0	14 2,9%	0	37 5,0%
Bastante	62 50,0%	74 75,0%	215 52,9%	37 30,0%	388 52,1%
Mucha	35 30,0%	22 25,0%	179 44,1%	83 70,0%	319 42,9%
Total Columna	120 16,1%	96 12,9%	408 54,8%	120 16,1%	744 100,0%

Tabla 18.A. Relación entre la satisfaccion global de los usuarios y cómo se encuentran en el momento del alta.

	Peor que al entrar	Igual que al entrar	Mejor que al entrar	Total Fila
Poca	12 50,0%	0	23 3,5%	35 4,7%
Bastante	12 50,0%	25 66,7%	351 50,9%	388 52,1%
Mucha	0	11 33,3%	310 45,6%	321 43,1%
Total Columna	24 3,2%	36 4,8%	684 91,9%	744 100,0%

Tabla 19.A. Relación entre la satisfaccion global de los usuarios y la forma de ingresar.

	Por urgencias	Otras formas	Total Fila
Poca	36 6,8%	0	36 4,8%
Bastante	264 50,0%	120 55,6%	384 51,6%
Mucha	228 43,2%	96 44,4%	324 43,5%
Total Columna	528 71,0%	216 29,0%	744 100,0%

Tabla 20.A. Relación entre la satisfaccion global de los usuarios y el tiempo que han estado en lista de espera.

	De 1 a 15 días	De 16 a 30 días	De 31 a 90 días	De 91 a 365 días	Total Fila
Poca	35 5,3%	0	0	0	35 4,7%
Bastante	361 52,6%	13 100,0%	0	12 33,3%	386 51,9%
Mucha	288 42,1%	0	11 100,0%	24 66,7%	323 43,4%
Total Columna	684 91,9%	13 1,6%	11 1,6%	36 4,8%	744 100,0%

Tabla 21.A. Relación entre la satisfaccion global de los usuarios y su opinión sobre el tiempo en lista de espera.

	Muy largo	Largo	Normal	Corto	Total Fila
Poca	0	0	0	0	0
Bastante	12 100,0%	24 28,6%	13 33,5%	25 66,7%	74 42,9%
Mucha	0	60 71,4%	23 66,5%	11 33,3%	94 57,1%
Total Columna	12 7,1%	84 50,0%	36 21,4%	36 21,4%	168 100,0%

Tabla 22.A. Relación entre la satisfaccion global de los usuarios y cómo les pareció el ingreso.

	Mal	Normal	Bien	Muy bien	Total Fila
Poca	14 9,1%	0	24 11,8%	0	38 5,1%
Bastante	35 27,3%	203 70,8%	108 52,9%	36 30,0%	382 51,3%
Mucha	83 63,6%	85 29,2%	72 35,3%	84 70,0%	324 43,5%
Total Columna	132 17,8%	288 38,7%	204 27,4%	120 16,1%	744 100,0%

Tabla 23.A. Relación entre la satisfaccion global de los usuarios y cómo les pareció el alta.

	Mal	Normal	Bien	Muy bien	Total Fila
Poca	0	10 3,6%	22 7,7%	0	32 4,3%
Bastante	24 100,0%	170 50,0%	169 53,8%	25 33,3%	388 52,1%
Mucha	0	156 46,4%	121 38,5%	47 66,7%	324 43,5%
Total Columna	24 3,2%	336 45,2%	312 41,9%	72 9,7%	744 100,0%

Tabla 24.A. Relación entre la satisfaccion global de los usuarios y la competencia profesional del personal médico que los atendió.

	Mala	Buena	Muy buena	Total Fila
Poca	13 100,0%	11 4,0%	10 2,8%	34 4,6%
Bastante	0	192 64,0%	194 44,4%	386 51,9%
Mucha	0	96 32,0%	228 52,8%	324 43,5%
Total Columna	13 1,6%	299 40,3%	432 58,1%	744 100,0%

Tabla 25.A. Relación entre la satisfaccion global de los usuarios y la frecuencia de la visita médica.

	Pocas veces	Frecuentemente	Muy frecmte.	Total Fila
Poca	0	21 5,1%	11 5,3%	32 4,3%
Bastante	24 50,0%	230 48,7%	132 57,9%	386 51,9%
Mucha	24 50,0%	217 46,2%	85 36,8%	326 43,8%
Total Columna	48 6,5%	468 62,9%	228 30,6%	744 100,0%

Tabla 26.A. Relación entre la satisfaccion global de los usuarios y la facilidad para conseguir que acudiese su médico cuando lo necesitaron.

	A veces	Casi siempre	Siempre	Total Fila
Poca	13 50,1%	0	0	13 3,0%
Bastante	12 49,9%	11 100,0%	204 56,7%	227 57,6%
Mucha	0	0	156 43,3%	156 39,4%
Total Columna	25 6,1%	11 3,0%	360 90,9%	396 100,0%

Tabla 27.A. Relación entre la satisfaccion global de los usuarios y el trato humano del personal médico que los atendió.

	Regular	Bueno	Muy bueno	Total Fila
Poca	13 33,3%	0	22 5,3%	35 4,7%
Bastante	23 66,7%	157 61,9%	204 44,7%	384 51,6%
Mucha	0	95 38,1%	230 50,0%	325 43,7%
Total Columna	36 4,8%	252 33,9%	456 61,3%	744 100,0%

Tabla 28.A. Relación entre la satisfaccion global de los usuarios y la información médica recibida.

	Mal	Normal	Bien	Muy bien	Total Fila
Poca	0	12 10,0%	0	25 7,7%	37 5,0%
Bastante	13 50,1%	73 60,0%	132 45,8%	168 53,8%	386 51,9%
Mucha	11 49,9%	35 30,0%	156 54,2%	119 38,5%	321 43,1%
Total Columna	24 3,2%	120 16,1%	288 38,7%	312 41,9%	744 100,0%

Tabla 29.A. Relación entre la satisfaccion global de los usuarios y el hecho de saber el nombre de su médico.

	No	Sí	Total Fila
Poca	10 3,3%	23 6,3%	33 4,4%
Bastante	195 53,3%	193 50,0%	388 52,1%
Mucha	155 43,3%	168 43,8%	323 43,4%
Total Columna	360 48,4%	384 51,6%	744 100,0%

Tabla 30.A. Relación entre la satisfaccion global de los usuarios y la competencia profesional del personal de enfermería que los atendió.

	Regular	Buena	Muy buena	Total Fila
Poca	11 16,7%	10 5,3%	12 2,7%	33 4,4%
Bastante	50 66,7%	109 47,4%	227 51,4%	386 51,9%
Mucha	11 16,7%	109 47,4%	205 45,9%	325 43,6%
Total Columna	72 9,7%	228 30,6%	444 59,7%	744 100,0%

Tabla 31.A. Relación entre la satisfaccion global de los usuarios y la rapidez en acudir el personal de enfermería cuando lo necesitaron.

	A veces	Frecuentemente	Muy frecmte.	Total Fila
Poca	11 9,1%	23 8,0%	0	34 5,0%
Bastante	84 63,6%	121 40,0%	168 58,3%	373 51,7%
Mucha	37 27,3%	156 52,0%	120 41,7%	313 43,3%
Total Columna	132 18,3%	300 41,7%	288 40,0%	720 100,0%

Tabla 32.A. Relación entre la satisfaccion global de los usuarios y el trato humano del personal de enfermería que los atendió.

	Regular	Bueno	Muy bueno	Total Fila
Poca	12 14,3%	14 5,3%	13 2,8%	39 5,2%
Bastante	47 57,1%	107 47,3%	229 52,8%	383 51,5%
Mucha	25 28,6%	107 47,3%	190 44,4%	322 43,2%
Total Columna	84 11,3%	228 30,6%	432 58,1%	744 100,0%

Tabla 33.A. Relación entre la satisfaccion global de los usuarios y la coordinación entre el personal sanitario que los atendió.

	Mala	Normal	Buena	Muy buena	Total Fila
Poca	23 66,7%	0	12 6,3%	0	35 4,7%
Bastante	13 33,3%	240 80,0%	61 31,3%	71 33,3%	385 51,7%
Mucha	0	60 20,0%	119 62,5%	145 66,7%	324 43,5%
Total Columna	36 4,8%	300 40,3%	192 25,8%	216 29,0%	744 100,0%

Tabla 34.A. Relación entre la satisfaccion global de los usuarios y el trabajo del personal de limpieza.

	Mal	Normal	Bien	Muy bien	Total Fila
Poca	11 14,3%	12 12,5%	0	14 4,3%	37 5,0%
Bastante	62 71,4%	84 87,5%	168 58,3%	72 26,1%	386 51,9%
Mucha	11 14,3%	0	120 41,7%	190 69,6%	321 43,1%
Total Columna	84 11,3%	96 12,9%	288 38,7%	276 37,1%	744 100,0%

Tabla 35.A. Relación entre la satisfaccion global de los usuarios y el trabajo del personal administrativo de la planta.

	Normal	Bien	Muy bien	Total Fila
Poca	0	10 19,9%	0	10 12,5%
Bastante	23 100,0%	25 40,1%	13 100,0%	61 62,5%
Mucha	0	25 40,1%	0	25 25,0%
Total Columna	23 25,0%	60 62,5%	13 12,5%	96 100,0%

Tabla 36.A. Relación entre la satisfaccion global de los usuarios y el trabajo del personal de radiología.

	Normal	Bien	Muy bien	Total Fila
Poca	0	13 3,8%	0	13 2,3%
Bastante	35 60,0%	204 65,4%	48 33,3%	287 55,8%
Mucha	25 40,0%	95 30,8%	96 66,7%	216 41,9%
Total Columna	60 11,6%	312 60,5%	144 27,9%	516 100,0%

Tabla 37.A. Relación entre la satisfaccion global de los usuarios y el estado de la habitación (limpia y confortable).

	Mal	Normal	Bien	Muy bien	Total Fila
Poca	12 20,0%	0	25 7,1%	0	37 5,0%
Bastante	36 60,0%	121 90,9%	168 50,0%	60 27,8%	385 51,7%
Mucha	12 20,0%	11 9,1%	143 42,9%	156 72,2%	322 43,2%
Total Columna	60 8,1%	132 17,7%	336 45,2%	216 29,0%	744 100,0%

Tabla 38.A. Relación entre la satisfaccion global de los usuarios y el ambiente de la habitación (tranquila, con intimidad).

	Nunca	A veces	Casi siempre	Siempre	Total Fila
Poca	10 8,3%	13 6,7%	11 6,7%	0	34 4,5%
Bastante	109 75,0%	144 80,0%	73 40,0%	60 25,0%	386 51,9%
Mucha	25 16,7%	23 13,3%	96 53,3%	180 75,0%	324 43,5%
Total Columna	144 19,4%	180 24,2%	180 24,2%	240 32,3%	744 100,0%

Tabla 39.A. Relación entre la satisfaccion global de los usuarios y la alimentación recibida.

	Mala	Normal	Buena	Muy buena	Total Fila
Poca	13 20,0%	25 12,5%	0	0	34 4,5%
Bastante	47 80,0%	108 56,3%	204 60,7%	26 15,4%	386 51,9%
Mucha	0	59 31,3%	132 39,3%	130 84,6%	324 43,5%
Total Columna	60 8,1%	192 25,8%	336 45,2%	156 21,0%	744 100,0%

Tabla 40.A. Relación entre la satisfaccion global de los usuarios y la creencia de que se pueden mejorar los servicios.

	No	Sí	No sé	Total Fila
Poca	0	36 8,3%	0	36 4,8%
Bastante	121 52,6%	229 52,8%	34 42,9%	384 51,7%
Mucha	107 47,4%	167 38,9%	50 57,1%	324 43,5%
Total Columna	228 30,6%	432 58,1%	84 11,3%	744 100,0%

Tabla 41.A. Relación entre la satisfaccion global de los usuarios y la opinión de los entrevistadores sobre el desarrollo de la entrevista.

	Mala	Normal	Buena	Muy buena	Total Fila
Poca	13 25,0%	0	12 4,5%	11 5,3%	36 4,8%
Bastante	35 75,0%	133 64,7%	169 63,6%	47 21,1%	384 51,6%
Mucha	0	71 35,3%	83 31,8%	170 73,7%	324 43,6%
Total Columna	48 6,5%	204 27,4%	264 35,5%	228 30,6%	744 100,0%

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA