

Tesis doctoral.

**Satisfacción de los pacientes según  
diagnóstico motivo de ingreso:  
diferencias entre las expectativas  
previas al ingreso y la calidad  
percibida al alta.**

Rafael Lledó Rodríguez.

Universitat de Barcelona, octubre de 2.000

Tesis que presenta para la obtención del  
grado de Doctor:  
Rafael Lledó Rodríguez

Universitat de Barcelona.  
Divisió de Ciències de la Salut.  
Facultat de Medicina.  
Departament de Salut Pública.  
Secció Departamental de Medicina Preventiva.  
Director: Professor Miguel-Angel Asenjo Sebastián.  
Barcelona, octubre de 2.000

**Dedicatoria.**

A mis padres, que trabajaron sin descanso por amor.

A mi familia y a mis amigos, que me hacen sentir y que me ayudan a mejorar.



*Gracias a la vida, que me ha dado tanto...*

**Agradecimientos.**

En primer lugar deseo agradecer al director de esta tesis, Miguel-Angel Asenjo, su orientación en este campo profesional, su estímulo constante para dirigir mi interés hacia la gestión, hacia la calidad y más concretamente, hacia la calidad percibida por el usuario, y su ayuda al facilitar mi trabajo en el hospital Clínic.

El profesor Asenjo se constituyó en mi valedor, mi maestro y mi tutor, en lo profesional y en lo personal.

En segundo lugar quiero agradecer el apoyo de Andreu Prat, quien me ayuda y me enseña incondicionalmente desde el primer día.

También quiero expresar mi agradecimiento a las personas que inicialmente colaboraron en el proyecto: Maria Eugènia Ribas, Lucrecia Martín y Miguel Barnet; A los profesionales que me asesoraron: Esteve Vendrell, Llorenç Quintó, Ana Vilella, Pepe Losa y Antoni Vallés; A l'Escola Superior de Relacions Públiques, cuyas alumnas colaboraron en el trabajo de campo; A Maria Sabaté, quien me ayudó a editar el texto, y a Teresa Rodríguez, quien contribuyó y siguió activa y positivamente el desarrollo del estudio.

El proyecto fue financiado por una Ayuda del Fondo de Investigación Sanitaria de la Subdirección General de Coordinación de la Investigación del Ministerio de Sanidad y Consumo (expediente 94/1214). Esta circunstancia facilitó la obtención de algunos recursos

sin los cuales se habría ralentizado la ejecución del Proyecto e hizo posible que pudiera escuchar las observaciones de los profesores Avedis Donabedian en Ann Arbor (Michigan), Heather Palmer en Boston (Massachussets) y Andrew Thompson en Edinburgo. Deseo dar las gracias a todos ellos y particularmente a Rosa Suñol, por sus observaciones y por que me facilitó el conocimiento de los profesores referidos.

También quiero hacer explícito mi agradecimiento al hospital Clínico, en la persona de Joan Grau, por las facilidades estructurales de que he podido disponer, por su naturaleza universitaria, sensible a la investigación y por el interés de la Dirección, en su Programa de Evaluación de la Calidad, por el desarrollo de instrumentos de medida de la calidad percibida por el usuario, entendidos como vehículo para incorporar la opinión del paciente a la gestión del hospital.

Por último, quisiera agradecer el apoyo que actualmente me sigue dando el hospital a través de Josep Terés, quien ha contribuido a ampliar mi visión del sector sanitario mediante sus actitudes y favoreciendo la formación continuada, que constituye para mí, el mayor incentivo profesional.

## Índice.

1. Introducción.....	9
1.1. Calidad asistencial.....	9
1.1.1. Aproximación histórica.....	9
1.1.2. Evaluación y mejora de la calidad.....	13
1.1.3. Calidad percibida por el usuario.....	18
1.2. Justificación del estudio.....	22
2. Hipótesis y objetivos.....	24
2.1. Hipótesis.....	24
2.2. Objetivos.....	24
3. Material y método.....	26
3.0. Diseño del estudio.....	26
3.1. Fase cualitativa.....	27
3.1.1. Identificación de la muestra.....	27
3.1.2. Criterios de participación.....	27
3.1.3. Constitución de los grupos focales o de discusión.....	28
3.1.3.1. Reclutamiento de los participantes.....	28
3.1.3.2. Trabajo de campo.....	30
3.1.4. Cumplimiento de normas éticas.....	33
3.1.5. Medición de las variables.....	34
3.1.6. Métodos para asegurar la calidad de los datos.....	35
3.1.7. Criterios para evaluar el resultado...	37
3.1.8. Criterios de pérdida y abandono.....	37
3.1.9. Análisis de la información.....	37

3.2. Fase cuantitativa.....	38
3.2.1. Identificación de la muestra.....	38
3.2.2. Criterios de participación.....	39
3.2.3. Instrumentos para desarrollar el estudio.....	39
3.2.4. Cumplimiento de normas éticas.....	39
3.2.5. Medición de las variables.....	40
3.2.6. Métodos para asegurar la calidad de los datos. Intervención.....	41
3.2.7. Criterios para evaluar el resultado...	41
3.2.8. Criterios de pérdida y abandono.....	42
3.2.9. Análisis de la información.....	42
4. Resultados.....	44
4.1. Fase cualitativa.....	44
4.1.1. Descriptiva de la muestra.....	44
4.1.2. Resultados obtenidos para las variables medidas.....	48
4.2. Fase cuantitativa.....	52
4.2.1. Descriptiva de la muestra.....	52
4.2.2. Resultados obtenidos para el grupo diagnosticado de cataratas.....	57
4.2.3. Resultados obtenidos para el grupo diagnosticado de hernia de la cavidad abdominal.....	66
4.2.4. Resultados obtenidos para el grupo de mujeres embarazadas.....	76

5. Discusión.....	88
5.1. Fase cualitativa.....	88
5.2. Fase cuantitativa.....	95
5.2.1. Consideraciones metodològicas.....	95
5.2.2. Consideraciones genèricas.....	98
5.2.3. Consideraciones específiques.....	100
5.2.3.1. Catarata.....	100
5.2.3.2. Hernia de la cavidad abdominal.....	103
5.2.3.3. Parto .....	
108	
5.3. Comentario final.....	
117	
6. Conclusiones.....	
122	
7. Referencias bibliogràfiques.....	
127	
8. Anexos.....	
135	



## 1. INTRODUCCIÓN.

### 1.1. Calidad asistencial.

#### 1.1.1. Aproximación histórica <sup>1</sup>.

El enfoque hacia la calidad aparece en la segunda década del siglo XX, con la génesis del desarrollo económico y social en los países occidentales. Su origen se sitúa en el sector industrial, con los movimientos empresariales que suceden a la teoría científica de la gestión, de FW. Taylor. Con la teoría de las relaciones humanas, cimentada en los trabajos de E. Mayo y K. Lewin, se justifica una mayor participación de los trabajadores en el diseño y mejora de los procesos productivos, a la vez que se justifica la revisión y permanente evaluación de muchas actividades que se consideraban infalibles. En ese periodo, surgen autores cuyo pensamiento ha sido clave para el desarrollo de la evaluación de la calidad y cuyas aportaciones han tenido reflejo en el sector servicios (tabla número 1).

**Tabla nº1.** Aportaciones del sector industrial a la evaluación y mejora de la calidad en el sector sanitario. 1950 - 1965

WE. Deming	Orientación al proceso. Reducción de la variabilidad. Compromiso de la Dirección.
JM. Juran	Trilogía: planificación, evaluación y mejora.
AV. Feigenbaum	Calidad total. Orientación al cliente.
K. Ishikawa	Círculos de calidad. Implicación de los profesionales.
PB. Crosby	Cero defectos. Eslóganes. Costes de la no calidad. Importancia de la formación.
AH. Maslow	Trabajo en equipo.

En diferentes fases de la historia, con las líneas de pensamiento vigentes, se han asociado

diversos términos al sustantivo "calidad": control de calidad, garantía de calidad, mejora continua de la calidad o calidad total. Las diferencias entre esos conceptos progresan orientándose al cliente, identificando el compromiso de la dirección con la calidad y centrando los esfuerzos en la evaluación y mejora continuada.

En el ámbito sanitario, factores como la naturaleza limitada de los recursos económicos, las mayores posibilidades tecnológicas, la especialización de los profesionales y el progresivo desplazamiento del enfermo hacia el eje del sistema, configuran la creciente importancia de la calidad en este sector de la sociedad del bienestar.

En España, la Ley 14/1986 de 25 de abril, General de Sanidad <sup>2</sup>, refleja la necesidad de articular mecanismos de evaluación de la calidad en nuestras instituciones sanitarias. El efecto de la norma en variados niveles de la administración facilita la difusión de una cultura de calidad. La norma se hace eco del desarrollo de experiencias concretas en nuestros hospitales, que empiezan a ser difundidas a través de la

Sociedad Española de Calidad Asistencial, constituida en 1985. Las primeras experiencias reflejan mejoras en la atención al enfermo, así como beneficios de imagen y de eficiencia asociados a una política de calidad. Estas circunstancias confluyen y estimulan, en definitiva, la incorporación de la evaluación y mejora de la calidad en las organizaciones sanitarias actuales.

### 1.1.2. Evaluación y mejora de la calidad.

#### *Primera aproximación a la definición de calidad*

1.

En una empresa industrial, un producto es de calidad cuando sus especificaciones se corresponden con aquellas que hemos definido previamente. Esto es, si fabricamos dados, su número de caras, su volumen, su color, su peso y la equiprobabilidad en la frecuencia de aparición de todas las puntuaciones, podrían determinar su calidad. En ese supuesto, seremos capaces de verificar el cumplimiento de estas características antes de proceder a la venta del dado.

En una empresa de servicios, podríamos entender la calidad de la misma manera, si bien las particularidades del producto hospitalario dificultan la adaptación del concepto. Así, la carga emocional asociada a un episodio asistencial, la existencia de diferentes objetivos en relación al tipo de usuario atendido, las expectativas del paciente y la simultaneidad entre producción y utilización del servicio dificultan la medición objetiva del servicio prestado. Aún así, imaginemos un usuario que visita el Servicio de Urgencias y refiere palpitaciones, dificultad en la respiración y

mareos. Las características (especificaciones) que determinarán la calidad de la asistencia prestada podrían ser las siguientes: un diplomado de enfermería le saludará y preguntará sobre el motivo de su visita en menos de 10 minutos desde su llegada; Será conducido al punto de soporte, donde se registrarán los datos requeridos para la hoja de asistencia. Le atenderá un médico en menos de 30 minutos. La valoración del enfermo incluirá los siguientes elementos: información sobre los fármacos administrados en las últimas horas, evaluación de la situación hemodinámica, diagnóstico electrocardiográfico y exámenes complementarios adecuados. Se determinarán las causas desencadenantes. Se prescribirá el tratamiento que corresponda según el diagnóstico. Si el paciente es tributario de ingreso, éste recibirá información comprensible, suficiente y continuada, comerá adecuadamente y abandonará el hospital antes de 15 días, sin haber sufrido eventos yatrogénicos y con una percepción satisfactoria global del servicio recibido.

Se observa en el ejemplo que algunas características de la práctica asistencial de calidad son objetivas (... sin haber sufrido eventos yatrogénicos) y otras son subjetivas (... y con una percepción satisfactoria global del

servicio recibido). En el primer caso, hablamos de **calidad intrínseca o científico-técnica**. En el segundo caso, hablamos de **calidad extrínseca o percibida**.

Así, definir la calidad de la asistencia sanitaria posibilitará su medida. Será posible identificar y priorizar los aspectos que ofrecen oportunidades de mejora o detectar las desviaciones en relación a la adecuada práctica asistencial. En este punto, procederemos al análisis sistemático de las causas que limitan la prestación óptima del servicio. Este análisis debe conducirnos a un listado de posibles soluciones o acciones de mejora. Posteriormente aplicaremos aquellas propuestas que hemos considerado preferentes. Una segunda determinación de resultados evaluará el impacto de las propuestas implementadas.

*Segunda aproximación a la definición de calidad.*

Han sido redactadas múltiples definiciones del concepto de calidad. En 1990, el Instituto de Medicina de los Estados Unidos de América, editó el trabajo de un comité formado para analizar las definiciones recogidas en la literatura y establecer el denominador común <sup>3</sup>: **“la calidad de la asistencia es el grado en el que los servicios**

prestados a los individuos y a la población aumentan la probabilidad de obtener resultados de salud deseables y son consistentes con el conocimiento actual de los profesionales". Esta definición, ecléctica, presenta las propiedades resumidas en la tabla número 2.



**Tabla nº2.** Propiedades descritas en la definición de calidad. Instituto de Medicina de los Estados Unidos de América.

1. Incluye una escala de medida.
2. Abarca un amplio rango de elementos de la atención.
3. Identifica a los individuos y a la población como diana.
4. Orientada a los objetivos.
5. Reconoce la afectación probabilística de los resultados.
6. Vincula el proceso de la atención con los resultados.
7. Considera las preferencias de los usuarios y contempla su participación en la toma de decisiones.
8. Responsabiliza al profesional de la provisión de cuidados más acorde con el conocimiento actual.

Fuente: Lohr KN. Medicare: a strategy for quality assurance, vol. II. National Academy Press. Washington D.C. 1990

### 1.1.3. Calidad percibida por el usuario.

En el marco de la Constitución Española de 1978 se desarrolla la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad <sup>2</sup>. En esta Ley se definen los principios que guían la gestión de nuestros servicios sanitarios y en particular, de nuestros hospitales: universalidad, equidad y solidaridad. En este texto se explicitan los Derechos del Enfermo Usuario del Hospital, por los que deben velar las instituciones sanitarias. A partir de este momento, el papel del enfermo usuario del hospital se erige en un pilar fundamental de nuestro sistema sanitario. El "usuario" deja de ser "paciente" y empieza a ser considerado como un "cliente" a quien prestamos nuestros servicios.

En nuestro ámbito, entre los objetivos del Plan de Salud de Catalunya 1993-1995 referidos a los centros de salud, se podía leer <sup>4</sup>: "Definir y desarrollar estrategias de acercamiento de los servicios a la población con el objeto de garantizar que los servicios que contrata se orienten y aproximen 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)". Asimismo, en el Plan de Salud de

la Región Sanitaria Barcelona Ciudad 1996-1998 <sup>5</sup>, leemos entre los objetivos operacionales el siguiente: "se promoverá que las entidades proveedoras desarrollen estudios específicos para escuchar la opinión del usuario y mejorar el conocimiento de sus expectativas y preferencias con el objeto de identificar aspectos susceptibles de mejora".

La satisfacción del usuario puede evaluarse mediante el diseño de estudios instrumentados en encuestas de opinión, a través del seguimiento de las reclamaciones presentadas por el usuario del centro, mediante la medida del grado de conocimiento de los Derechos del Enfermo Usuario del Hospital <sup>6</sup>, o a través del análisis de las solicitudes de cambio de médico o de las altas voluntarias, entre otros métodos <sup>7</sup>.

Un cliente estará satisfecho en la medida que consigamos llenar un deseo o necesidad, en la medida en que le hagamos contento cumpliendo aquello que desea o espera, o dicho de otro modo y para la atención hospitalaria, cuando la diferencia entre calidad percibida al alta y las expectativas previas al ingreso hospitalario sea de signo positivo <sup>8 - 13</sup>.

En este punto, sospechamos la insuficiencia de los planteamientos comúnmente utilizados hasta la

actualidad en los estudios de satisfacción o de opinión (manera de juzgar sobre una cuestión) <sup>14</sup>. Las expectativas no son conocidas y la percepción es algo subjetivo <sup>15</sup>, no encasillable en especificaciones ni suficientemente valorable por la experiencia. La insuficiencia anteriormente referida conlleva la necesidad de conocer las opiniones del cliente del sistema sanitario antes del ingreso hospitalario para correlacionar éstas con la opinión formada tras la experiencia en el centro sanitario que le asiste. Así, el objeto final será establecer un sistema de evaluación de la calidad que considere los supuestos referidos, evaluando las puntuaciones antes del ingreso y la percepción al alta y para cada grupo de opinión. Esta asunción requiere de una definición más ajustada del término expectativa o esperar (esperar alguna cosa que creemos próxima a realizarse) <sup>14</sup>. Thompson y Suñol <sup>16</sup> definen cuatro tipos de expectativas:

- a) Ideales: Referidas a una aspiración, deseo o resultado preferido, generalmente relacionado con un estado ideal de creencias que empareja la percepción del usuario con el servicio potencial.
- b) Normativas: Representan lo que debe pasar y podrían ser comparadas con aquello que el cliente oyó, guiado por sus creencias o tras

deducciones personales sobre lo que deben recibir de los servicios de salud. Son relativas a una evaluación subjetiva de lo que es merecido en una situación determinada. También son referidas a criterios de evaluación social.

c) No formadas: Los clientes son incapaces de articular sus expectativas, lo cual puede ser debido a su ausencia o a la dificultad de expresarlas. Esta dificultad puede ser debida al miedo, ansiedad, conformidad con las normas sociales, etc. Puede ser sólo un fenómeno temporal anterior a la experiencia y la adquisición de conocimiento. Puede incluir atributos que se dan por sentado.

d) Previstas: Realistas, prácticas o de resultado anticipado. En este sentido, considera lo que los usuarios actualmente creen que van a encontrar en el servicio que van a recibir. Son el resultado de experiencias personales o de la información recibida, ya sea por parte de otros pacientes o de otras fuentes de conocimiento como los medios de comunicación.

Por otro lado y en general, la opinión del usuario ha sido cuantificada desde una perspectiva holística, sin considerar las particularidades de cada grupo de opinión.

El cliente del sistema sanitario no es único, sino que su actitud frente a la enfermedad viene afectada por múltiples condicionantes <sup>16</sup>, siendo uno de ellos el diagnóstico que motiva el ingreso. Este hecho nos invita a establecer tres grupos sobre los que evaluaremos las expectativas y la calidad percibida al alta: enfermos diagnosticados de catarata, enfermos diagnosticados de hernia abdominal y señoras embarazadas.

### **1.2. Justificación del estudio.**

Como hemos visto, en la empresa de servicios es necesario conocer qué esperan de nosotros los clientes. Podremos así establecer las normas de calidad sobre las que evaluaremos la adecuación en la realización del servicio. Así, la diferencia entre lo prometido y lo realizado determinará las dimensiones tributarias de una mayor oportunidad de mejora o dicho de otro modo, los nodos en que podemos generar un mejor servicio y una mayor satisfacción por parte del usuario de nuestro hospital <sup>17</sup>.

En el Hospital Clínic de Barcelona, el Programa de Evaluación de la Calidad <sup>18</sup> se articula en torno a la satisfacción del usuario. Los instrumentos habitualmente utilizados para la evaluación de esta

dimensión de la calidad no consideran las expectativas de los pacientes. Aquel cliente cuyas expectativas superen la realidad percibida será decepcionado y abandonará el hospital insatisfecho. Por contra, aquel cliente que esperaba un peor servicio del que va a recibir, abandonará el hospital satisfecho. Con esa asunción, no es suficiente evaluar la satisfacción mediante instrumentos convencionales como las encuestas de opinión al alta. Es necesario cuantificar la diferencia existente entre las 2 determinaciones, antes y después del ingreso hospitalario.

Para ello, procuraremos diseñar un cuestionario específico para cada código diagnóstico partiendo de una técnica cualitativa, los grupos focales o de discusión. Este cuestionario debe ser útil para dirimir las diferencias entre los grupos seleccionados.

## **2. HIPOTESIS Y OBJETIVOS.**

### **2.1. Hipótesis.**

La **hipótesis** en que se fundamenta esta investigación es la siguiente: Los usuarios del sistema sanitario y en concreto, del hospital, tienen unas expectativas antes de la atención y cuidados que van a recibir. Estas impresiones pueden diferir de la percepción observada al alta, afectando así la satisfacción del usuario. Esto es, la satisfacción resultante será la diferencia con signo positivo entre la opinión formada acerca de la experiencia asistencial y las expectativas previas a dicha experiencia.

Un factor determinante en estas expectativas es el diagnóstico que justifica el paso del cliente por el hospital. Consecuentemente, las dimensiones a evaluar variarán según el diagnóstico que motiva el ingreso y deberemos tenerlas en cuenta para poder extrapolar los resultados de forma adecuada.

### **2.2. Objetivos.**

1. Validar en nuestro medio la técnica de los grupos focales o de discusión.

1.1. Identificar las áreas temáticas que los clientes asocian con la calidad de servicio en el hospital.

1.2. Conocer el vocabulario utilizado por los clientes para redactar las preguntas del



cuestionario de forma óptima (redactar preguntas apropiadamente comprendidas y aceptadas por los diferentes encuestados y desarrollar procedimientos de encuesta eficaces).

- 1.3. Posibilitar la participación de los clientes en los órganos de gestión hospitalaria.
2. Diseñar un doble cuestionario que evalúe tanto las expectativas como la calidad percibida según el diagnóstico motivo de ingreso.
3. Determinar las dimensiones que reducen las preguntas según diagnóstico motivo de ingreso.
4. Medir las expectativas de los clientes según diagnóstico motivo de ingreso.
5. Medir la calidad percibida al alta según diagnóstico motivo de ingreso.
6. Analizar las diferencias entre las puntuaciones previas y posteriores al ingreso según diagnóstico.
7. Proponer acciones de mejora útiles para perfeccionar el servicio de acuerdo con los resultados obtenidos.

### **3. MATERIAL Y MÉTODO.**

#### **3.0. Diseño del estudio.**

*Estudio descriptivo en dos fases:*

- a) En la primera fase, cualitativa, se determinan, mediante la técnica de los grupos focales o de discusión, los aspectos que van a ser evaluados. A partir de la información recogida, se edita un cuestionario compuesto por 7 preguntas de filiación y 31 preguntas con escala de respuesta tipo Likert <sup>19</sup>.
- b) En la segunda fase, cuantitativa, se miden para cada grupo diagnóstico, las expectativas prehospitalización y la calidad percibida al alta, estableciéndose la diferencia entre ambos valores.

El estudio se desarrolló en el Hospital Clínic de Barcelona (HC), hospital universitario de 858 camas que en 1996 generó 34.968 ingresos, 345.617 consultas externas y 131.495 urgencias <sup>20</sup>.

El universo lo constituyen los usuarios dados de alta durante 1995 y 1996 identificados y clasificados a partir del código de la Clasificación Internacional de Enfermedades, novena revisión, modificación clínica, para los diagnósticos de cataratas (número 366), hernia de la cavidad abdominal (números 550 - 553) y parto <sup>21</sup> (números 650 - 659).

#### **3.1. Fase cualitativa:**

### 3.1.1. Identificación de la muestra.

La muestra objeto de estudio se obtuvo a partir de los pacientes en lista de espera de los Servicios de Oftalmología y de Cirugía General a 10 de octubre de 1994 (n = 622 y n = 693 respectivamente) diagnosticados de catarata o de hernia abdominal y las mujeres controladas de su embarazo que aparecían registradas el día 21 de octubre de 1994 en el Hospital Clínic de Barcelona, (n = 920).

### 3.1.2. Criterios de participación.

La selección de los usuarios que debían ser incluidos en esta fase del estudio se efectuó a través de los registros informáticos WL-0084 para los sujetos diagnosticados de hernia o de catarata, y a partir del listado diario de mujeres controladas de su embarazo (LPIM).

Del total de usuarios en lista de espera, fueron seleccionados los 200 últimos incorporados a la misma para cada grupo diagnóstico (n = 600). Fueron enviadas 600 cartas para advertir a los usuarios del propósito del estudio y de una próxima llamada telefónica. Así, quince días después de enviar la carta, se comunicó telefónicamente con 552 usuarios hasta reclutar 120 voluntarios que iban a componer los grupos de

discusión necesarios para esta primera fase del estudio.

### 3.1.3. Constitución de los grupos focales o de discusión:

#### *3.1.3.1. Reclutamiento de los participantes.*

El desarrollo del estudio requería la convocatoria de 120 pacientes, reunidos en 4 grupos por cada diagnóstico seleccionado, de acuerdo con las reglas del "grupo de discusión": Grupos de 7 a 10 personas que poseen ciertas características comunes y ofrecen datos de naturaleza cualitativa en una conversación no guiada <sup>22</sup>. El objeto de estas sesiones es conocer cuales son los aspectos más relevantes en la percepción del servicio recibido y la forma en que éstos son expresados. Las frases más significativas expresadas en la reunión aportan el material básico para la elaboración de la encuesta final, a la vez que se constituye en sí mismo en un método de evaluación.

En la sesión se pretende que cada participante verbalice cuales son sus

expectativas o sus experiencias con respecto a la atención, acierto diagnóstico y terapéutico, cuidados y servicios que esperan recibir o que han recibido en su estancia hospitalaria. La sesión grupal se estructuró de acuerdo a las pautas del "T-Group" o "grupo operativo", centrando el enfoque en la opinión de los usuarios en lugar de hacerlo en la enseñanza vivencial cognitivo-actitudinal. Los participantes expresan su opinión libremente, de acuerdo con la propuesta del moderador-dinamizador, quien les conmina a colaborar con absoluta libertad.

Las ideas surgen libremente, potenciadas por el efecto del "braistorming" (tormenta de ideas), según el cual, una idea explicitada puede generar otra distinta a uno mismo y al resto del grupo. En esta fase, no se cuestiona ninguna intervención y sólo se aclara la verdadera intención de cada participante al expresar su idea en la fase final.

Para estimular la variedad en las ideas expuestas por los participantes, el

moderador se apoyó de transparencias alusivas al tema objeto de análisis.

Las observaciones generadas durante la sesión fueron recogidas en papeles adhesivos por parte del ayudante del moderador. Esta práctica posibilita la aclaración de las expresiones en la fase final.

#### *3.1.3.2. Trabajo de campo.*

A los efectivos seleccionados a partir de la lista de espera les fue enviada una carta escrita en castellano y en catalán (anexo 1) en que se les invitaba a participar en la sesión grupal, firmada y fechada. La correspondencia fue enviada antes del día 27 de octubre de 1.994.

A partir del día 2 de noviembre de 1.994 se efectuaron 646 llamadas telefónicas a 552 pacientes. Las llamadas concluyeron al completar 12 grupos de 10 personas cada uno.

Los efectivos fueron citados a las sesiones grupales en función del diagnóstico por el cual eran registrados en el hospital (4 grupos por diagnóstico motivo de ingreso). El contenido de la

llamada incluía los siguientes aspectos: salutación, motivo de la llamada, justificación del estudio y citación.

El calendario de las reuniones de grupo se adaptó a las posibilidades de los usuarios.

La sesión grupal se llevó a cabo en un aula del Departamento de Recursos Humanos del Hospital Clínic y los efectivos se dispusieron en forma de "U". Las sesiones fueron filmadas en vídeo. La cámara de vídeo y la persona responsable de su funcionamiento ocupaban el espacio abierto en la configuración descrita.

En la recepción, los participantes elegían libremente el lugar de asiento. A aquellas personas que acompañaban a los efectivos incluidos en el estudio se les invitó a participar en la sesión.

En este punto, el moderador iniciaba la sesión con su presentación y la del ayudante responsable de la filmación nombrando a los asistentes, recordando la naturaleza permisiva del entorno y distribuyendo entre ellos unos rótulos identificativos. A su vez, explicaba que al conjunto de personas invitadas les une

un diagnóstico común, de particular interés para la investigación.

El ayudante manejó la cámara de vídeo y se ocupó de las condiciones ambientales y logísticas.

El moderador evitaba las irregularidades debidas a las tipologías o características individuales que pueden presentar problemas en el grupo: expertos, dominantes, tímidos, charlatanes <sup>22</sup>.

Al acabar, el moderador explicó que la información sería usada por el HC para mejorar su Servicio.

Por último, a los clientes les fue entregado el libro "L'Hospital Clínic de Barcelona, ahir, avui" de Edmon Vallés, así como un set compuesto por 2 bolígrafos, 1 insignia y 1 punto de lectura relativos al Hospital.

Las especificaciones del equipo de vídeo utilizado fueron las siguientes: Vídeo cámara recorder Hi-8 CCD pro-V5000E. Sistema vídeo-grabador de FM, color PAL, con exploración helicoidal de dos cabezales giratorios a una velocidad de cinta de 20,051 mm por segundo. El



formato de la cinta fue VHS, Hi-8 milímetros, metal-E5-90HMEX, con un tiempo de grabación de una hora y treinta minutos. El sistema de audio fue un micrófono dinámico omnidireccional de 270 gramos de peso con una respuesta de frecuencia de 40 a 12,000 hercios.

Debido a las dimensiones de la sala donde se llevaron a cabo las sesiones, se utilizó un objetivo de conversión de gran angular VCL-R0752 con un filtro de diámetro de 52 milímetros.

#### 3.1.4. Cumplimiento de normas éticas.

El moderador solicitaba al inicio de la sesión y por escrito el consentimiento de los usuarios para ser filmados en vídeo, a la vez que garantizaba la confidencialidad en el tratamiento de la información que se iba a generar. El consentimiento era preformado (anexo 2) y requería de la firma del usuario. Cuando un paciente negaba dicho consentimiento, la sesión se desarrollaba sin filmación. Esta circunstancia se dio en 3 casos.

#### 3.1.5. Medición de las variables.

Fueron definidas 33 variables (anexo 3).

La información recogida en las cintas de vídeo sirvió para puntuar cada intervención de los sujetos seleccionados por parte de dos observadores independientes en una hoja de recogida de datos (anexo 4). En la determinación de las puntuaciones otorgadas a cada intervención fueron valorados los siguientes elementos <sup>22</sup>:

a) Las palabras: La intensidad de la intervenciones (valorada con 1 ó 2 puntos) se infirió a partir de los siguientes parámetros: frecuencia en que una idea era expresada, tiempo modal (1 punto cuando la idea era expresada en tiempo condicional y 2 puntos cuando la idea era expresada en indicativo o imperativo).

b) El contexto: Las respuestas de los participantes pueden ser elicitadas por estímulos que básicamente consisten en preguntas del moderador o en intervenciones de otros participantes. Se examinó el contexto en busca de los estímulos elicitadores y entonces se interpretó el comentario a la luz de dicho contexto (1 punto).

c) La consistencia interna: Opiniones expresadas según convicciones personales, no afectadas por intervenciones precedentes (2 puntos).

d) La imprecisión de las respuestas: Respuestas concretas y basadas en experiencias personales,

fueron tenidas más en cuenta que las respuestas vagas e impersonales. Se prestó mayor atención en las respuestas que están en primera persona (2 puntos) que a las que se refieren a hipotéticas terceras personas (1 punto).

Las ideas básicas fueron anotadas en papeles autoadhesivos por parte del moderador ayudante. Se anotaron los comentarios y observaciones de los participantes que pudieran ser útiles en la confección del cuestionario (fase cuantitativa de la investigación) o que apuntaran alguna oportunidad de mejora.

#### 3.1.6. Métodos para asegurar la calidad de los datos.

En base a los criterios descritos, las cintas fueron analizadas por pares en un grupo de 4 observadores independientes. Con el objeto de hacer concordantes los criterios entre los observadores, se efectuó una reunión de trabajo a la que asistieron los 4 observadores, el moderador y un asesor externo. En esta sesión fueron visionados diversos fragmentos de cintas elegidos al azar. Estos fragmentos fueron interpretados de manera individual y posteriormente se contrastó el contenido del

análisis resultante. De este modo, se consensuaron las definiciones para las 33 posibles variables, de contenido independiente y mutuamente excluyente entre los temas que podrían surgir del análisis y se consensuaron los criterios que permitieron la ponderación de las intervenciones. Tras el diseño final de la hoja de recogida de datos, las cintas fueron repartidas entre los observadores de modo que todas fueran vistas al menos por dos de ellos.

El análisis de la información generada en las 3 sesiones grupales que no fueron filmadas en vídeo se efectuó a partir de las notas escritas por parte del ayudante del moderador. En este caso, se prescindió de la ponderación de las intervenciones, siendo explicitados las ideas básicas y los comentarios relevantes para la elaboración del cuestionario (segunda fase del estudio).

#### 3.1.7. Criterios para evaluar el resultado.

La suma de puntuaciones otorgadas por los observadores seleccionan las variables de más interés para el conjunto de los 3 diagnósticos seleccionados. Estas variables van a constituir

el cuestionario utilizado en la fase cuantitativa del estudio.

#### 3.1.8. Criterios de pérdida y abandono.

La naturaleza del estudio, basada en una técnica grupal, conllevó la pérdida de 18 efectivos (17,1%) que no acudieron a la citación aún después de haber confirmado su asistencia.

#### 3.1.9. Análisis de la información.

Para el cálculo de las frecuencias obtenidas por cada alternativa de respuesta, se utilizó el programa informático Excel 4.0 de Macintosh.

La concordancia entre los observadores fue valorada mediante la técnica de Fisher <sup>23</sup>.

### **3.2. Fase cuantitativa.**

#### 3.2.1. Identificación de la muestra.

Los efectivos incluidos en esta fase del estudio fueron los usuarios visitados en consultas externas durante 1.996 identificados a partir del código de la Clasificación Internacional de Enfermedades, novena revisión, modificación clínica, para los procedimientos de cataratas (número 366), hernia de la cavidad abdominal (números 550 - 553) y parto <sup>21</sup> (números 650 - 659).

El marco muestral lo constituye la lista de citaciones de consulta externa. La unidad de muestreo la representaba cada uno de los usuarios seleccionados. La modalidad de muestreo fue aleatorio simple con reposición de razón 1:7 (parto), 1:2 (hernia de la cavidad abdominal) y 1:5 (catarata). El tamaño de la muestra vino determinado por la fórmula para la estimación de una proporción <sup>24</sup>, aceptando una confianza del 95,0%, una precisión del 6,0% y adjudicando al producto  $p \cdot q$  el valor correspondiente a la situación más desfavorable. Se obtiene un tamaño muestral de 261 individuos por fase.

Se establecen dos grupos de estudio: el primero incluye a los sujetos que acuden a consultas externas antes de su ingreso (grupo I). El segundo grupo lo forman los usuarios que acuden a consultas externas después del ingreso hospitalario (grupo II).

### 3.2.2. Criterios de participación.

Fueron entrevistados los usuarios que esperaban ser atendidos en la consulta externa de los servicios de Obstetrícia, Cirugía general y Oftalmología, identificados a partir de la lista de citaciones en consulta externa.

### 3.2.3. Instrumentos para desarrollar el estudio.

De la fase cualitativa y tras la edición de encuestas preliminares (anexo 5), testadas en pacientes a modo de estudio piloto, surgió un cuestionario compuesto por 31 preguntas y 7 variables de filiación. Las preguntas se redactaron en pasado (anexo 6) para el grupo I (prehospitalización) y en futuro (anexo 7) para el grupo II (posthospitalización).

### 3.2.4. Cumplimiento de normas éticas.

A los efectivos entrevistados se les garantizó la confidencialidad en el uso de los datos.

### 3.2.5. Medición de las variables.

El cuestionario lo componían 7 variables de filiación de respuesta dicotómica (5 para el parto) y 31 preguntas tipo Likert <sup>19</sup>, que evaluaban, en una escala del 1 (totalmente en desacuerdo) al 7 (totalmente de acuerdo), el nivel de aceptación del enunciado leído por el entrevistador.

Las variables de filiación fueron:

Edad: dicotomizada a partir de la media en cada grupo diagnóstico.

Género: hombre / mujer. Esta variable no se analizó en el grupo de mujeres embarazadas.

Régimen de convivencia: viven solos / viven acompañados. Esta variable no se analizó en el grupo de mujeres embarazadas.

Lugar de residencia: Barcelona / fuera de Barcelona.

Reingreso: sí / no. Para las mujeres embarazadas, calidad de primípara.

Nivel de estudios: primarios / secundarios o superiores. Para las embarazadas, universitarios / no universitarios.

Situación laboral: inactivos / activos fuera del hogar.

Las preguntas tipo Likert evaluaban los temas derivados de la fase cualitativa: horario y calendario adecuado, amabilidad, la información recibida acerca del diagnóstico, tratamiento y pruebas efectuadas y la disposición a la demanda, a dar explicaciones por parte del personal del centro.

Las preguntas editadas figuran en el anexo 5.

### 3.2.6. Métodos para asegurar la calidad de los datos. Intervención.

Para asegurar la calidad de los datos recogidos en las entrevistas efectuadas se realizaron tres sesiones con el equipo de entrevistadoras (n =



6). En estas sesiones se invitó un paciente imaginario.

Las entrevistadoras fueron asignadas por turnos rotatorios a los diferentes diagnósticos y a las diferentes fases del estudio.

La recogida de datos se efectuó en la sala de espera donde aguardaban la visita, mediante entrevista apoyada en el cuestionario descrito.

#### 3.2.7. Criterios para evaluar el resultado.

Las puntuaciones obtenidas fueron transformadas a la curva normal.

#### 3.2.8. Criterios de pérdida y abandono.

Fueron excluidos del estudio aquellos usuarios que eran llamados a la consulta mientras se efectuaba la entrevista y aquellos que rehusaban participar.

#### 3.2.9. Análisis de la información.

Las puntuaciones obtenidas al realizar la encuesta fueron tipificadas para aproximar la distribución de las variables a la curva normal. Se aplicaron técnicas de análisis factorial para reducir los artículos de satisfacción. Fue utilizado el análisis ortogonal (varimax), substituyendo los valores perdidos por la media<sup>40</sup>

matriz de rotación de factores generó cinco componentes principales para cada diagnóstico.

Las puntuaciones tipificadas a los artículos de satisfacción fueron tratadas como variables cuantitativas.

La edad (dicotomizada para cada diagnóstico), género, régimen de convivencia, reingreso, lugar de residencia, nivel de estudios y la situación laboral fueron tratadas como variables cualitativas. Se aplicó la t de Student (Test de Levene para determinar la igualdad de variancias) y chi cuadrado para determinar las diferencias entre el grupo I (prehospitalización) y el grupo II (posthospitalización), estableciéndose el nivel de significación en  $p \leq 0,05$ . Los resultados fueron analizados separadamente por grupo diagnóstico.

La fiabilidad de la escala fue evaluada mediante el alfa de Cronbach.

El tratamiento estadístico de los datos se efectuó mediante el programa informático SPSS® para Windows®.

## 4. RESULTADOS.

### 4.1. Fase Cualitativa:

#### 4.1.1. Descriptiva de la muestra.

Fueron convocados 12 grupos (4 para cada diagnóstico motivo de ingreso) de 10 personas cada uno. Del total de usuarios contactados (n = 552), 120 (21,7%) respondieron afirmativamente. En los casos restantes, (n = 432), la invitación fue denegada por los siguientes motivos: parto o intervención ya efectuada (n = 186, que representa el 43,1%), compromisos preferentes (n = 105; 24,3%), desplazamiento difícil (n = 82; 19,0%), usuario desconocido (n = 7; 1,6%), exitus (n = 3; 0,7%) y otros (n = 49; 11,3%). La distribución de estas causas según diagnóstico motivo de ingreso aparece reflejada en la tabla número 3.

**Tabla nº3.** Distribución de los motivos de no asistencia a la sesión grupal según diagnóstico motivo de ingreso.

	Parto o intervención ya efectuados	Compromisos preferentes	Desplazamiento difícil	Usuario desconocido	Exitus	Otras	Total
Catarata	6	10	77	4	2	0	99 (22,9%)
Hernia	12	24	5	3	1	0	45 (10,4%)
Embarazo	168	71	0	0	0	49	288 (66,7%)
Total	186 (43,1%)	105 (24,3%)	82 (19,0%)	7 (1,6%)	3 (0,7%)	49 (11,3%)	432 (100,0%)

El día en que se había previsto la sesión grupal se confirmaba telefónicamente la asistencia de todos los usuarios. En esta fase se dieron de baja 15 pacientes (12,5% del total).

Por último, el número total de usuarios en lista de espera que asistieron a las sesiones grupales fue de 87 (72,5% sobre el total de clientes que habían aceptado la invitación y 82,9% sobre el total de usuarios cuya asistencia fue confirmada el mismo día de la entrevista). El número de ausencias determinadas antes y después de confirmar la asistencia por teléfono fue especialmente significativo para el grupo de mujeres embarazadas.

Por otro lado, el número de acompañantes que debemos añadir al contabilizar el total de asistentes fue de 19. La distribución según el diagnóstico motivo de ingreso aparece en la tabla número 4.

**Tabla nº4.** Número de asistentes a los grupos de discusión según diagnóstico motivo de ingreso.

	Convocados	Confirmados	Asistentes	Acompañantes	Total
Catarata	40	34	29	4	33
Hernia	40	39	37	13	50
Embarazo	40	32	21	2	23
Total	120	105	87	19	106

En 3 casos (2,8%), no se obtuvo el consentimiento para iniciar la filmación. Así, de las 12 sesiones llevadas a cabo, fueron filmadas en vídeo 9.

Del total de asistentes ( $n = 106$ ), 67 (63,2%) fueron mujeres. El promedio de edad de la muestra fue de 51,5 años (D.E. = 19,1 años).

#### 4.1.2. Resultados obtenidos para las variables medidas.

Las puntuaciones otorgadas por cada uno de los observadores y para cada cinta de vídeo en relación a las alternativas de respuesta analizadas aparecen en la tabla número 5.

**Tabla nº5.** Variables consideradas al analizar las intervenciones de los usuarios y puntuaciones otorgadas por los observadores (3 cintas por diagnóstico y 2 observadores por cinta) según grupo diagnóstico.

VARIABLES ESTUDIADAS	CATARATA		HERNIA		EMBARAZO		SUMATORIO	
	Puntos	Porctj.(%)	Puntos	%	Puntos	%	Puntos	%
Apariencia instalaciones	16	3,2	18	5,5	8	3,2	42	3,9
Limpieza instalaciones	29	5,8	5	1,5	9	3,6	43	4,0
Comodidad instalaciones (habitación)	21	4,2	29	8,8	4	1,6	54	5,0
Comida	21	4,2	13	3,9	11	4,4	45	4,2
Silencio. Respeto al descanso	25	5,0	11	3,3	4	1,6	40	3,7
Televisión	10	2,0	7	2,1	2	0,8	19	1,8
Claridad	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Accesibilidad	3	0,6	0	0,0	8	3,2	11	1,0
Pulcritud del personal	2	0,4	0	0,0	10	4,0	12	1,1
Horario y calendario adecuado. Atención rápida	48	9,5	36	10,9	18	7,2	102	9,4
Cumplimiento compromiso	17	3,4	4	1,2	0	0,0	21	1,9
Visitas al compañero de habitación	23	4,6	5	1,5	5	2,0	33	3,0
Costes / beneficio	17	3,4	15	4,5	0	0,0	32	3,0
Interés resolución. Disponibilidad de apoyo (Organización)	2	0,4	7	2,1	0	0,0	9	0,8
Interés resolución. Disponibilidad de apoyo (Actitud)	10	2,0	8	2,4	5	2,0	23	2,1
Disposición a la demanda. A dar explicaciones	34	6,8	15	4,5	15	6,0	64	5,9
Comunicación: que me escuchen	10	2,0	0	0,0	2	0,8	12	1,1
Acogida	6	1,2	0	0,0	0	0,0	6	0,6
Diagnóstico, tratamiento y pruebas	13	2,6	28	8,5	19	7,6	60	5,5
Servicios hospital: religiosos, sociales ...	0	0,0	2	0,6	0	0,0	2	0,2
Seguimiento y control posthospitalización	10	2,0	11	3,3	13	5,2	34	3,1
Atención individualizada: dignidad, intimidad	17	3,4	9	2,7	20	8,0	46	4,2
Identificación del personal	9	1,8	3	0,9	0	0,0	12	1,1
Comprensión de la necesidad	4	0,8	2	0,6	18	7,2	24	2,2
Amabilidad, trato, cortesía	44	8,7	36	10,9	17	6,8	97	8,9
Acompañamiento	2	0,4	4	1,2	6	2,4	12	1,1
Información previa	19	3,8	8	2,4	8	3,2	35	3,2
Precisión. Logros físicos	17	3,4	5	1,5	0	0,0	22	2,0
Continuidad en la atención del proceso	4	0,8	1	0,3	21	8,4	26	2,4
Confianza, credibilidad	28	5,6	4	1,2	8	3,2	40	3,7
Disminución riesgos	4	0,8	18	5,5	6	2,4	28	2,6
Profesionalidad. Competencia técnica	22	4,4	9	2,7	7	2,8	38	3,5
Satisfacción general	16	3,2	17	5,2	7	2,8	40	3,7
<b>TOTAL</b>	<b>503</b>	<b>100,0</b>	<b>330</b>	<b>100,0</b>	<b>251</b>	<b>100,0</b>	<b>1084</b>	<b>100,0</b>

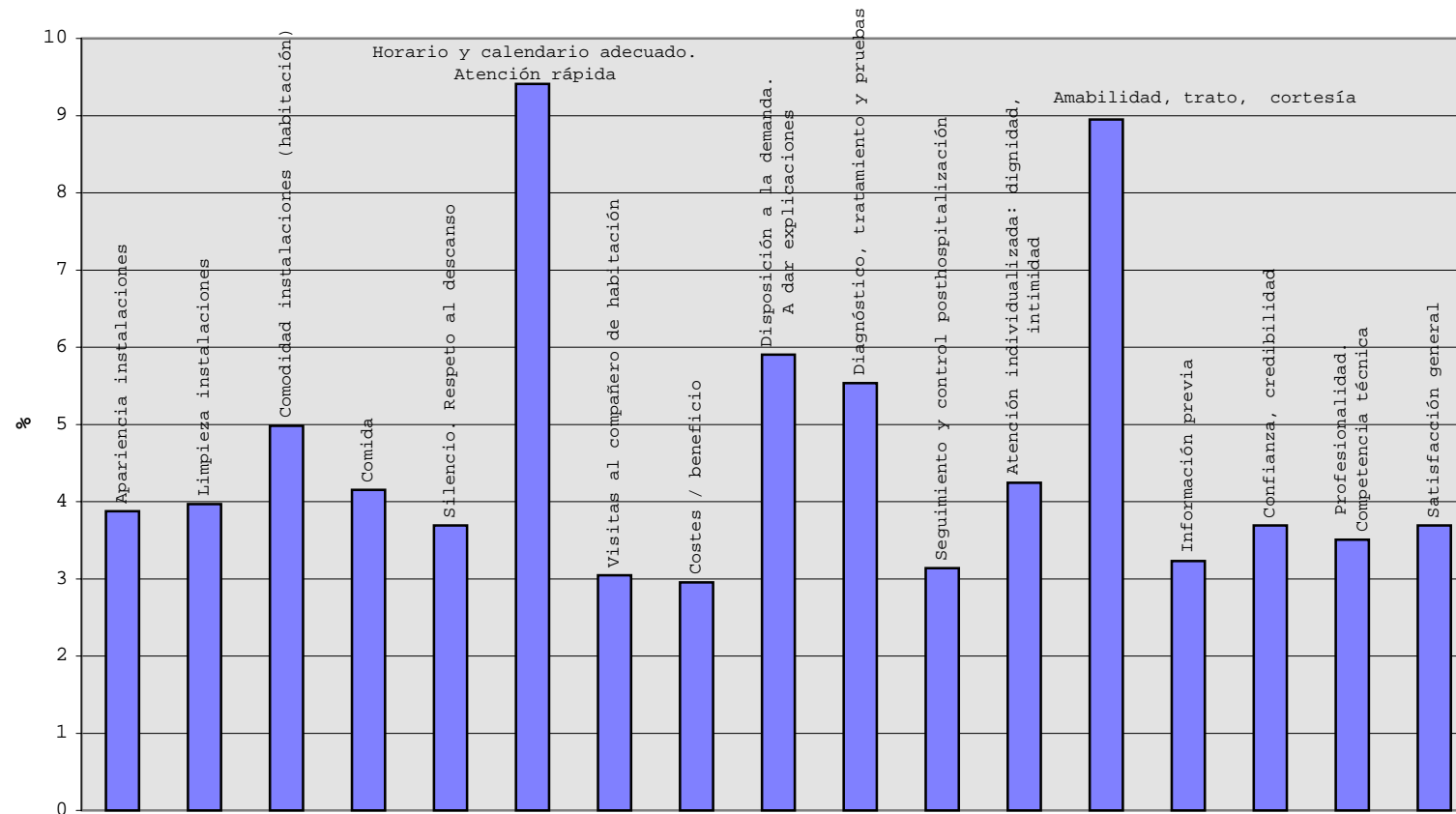


Conviene destacar los siguientes aspectos:

Los temas referidos con más frecuencia por los usuarios entrevistados fueron los siguientes: horario y calendario adecuado (atención rápida), amabilidad / trato / cortesía / cordialidad / humanidad, la información recibida acerca del diagnóstico, tratamiento y pruebas efectuadas y la disposición a la demanda, a dar explicaciones por parte del personal del centro. Los porcentajes obtenidos para cada alternativa de respuesta, exceptuando aquellas variables que obtuvieron menos de 30 puntos, aparecen reflejados en el gráfico número 1. Estos porcentajes se establecieron al sumar las puntuaciones otorgadas por dos investigadores en las 9 cintas de vídeo analizadas y referidas al total absoluto de puntos obtenidos.

Las medidas de concordancia obtenidas entre observadores para cada cinta analizada oscilaron entre -0,1750 y 0,6113.

Gráfico nº 1. Porcentajes obtenidos por cada alternativa de respuesta<sup>(1)</sup>



<sup>(1)</sup> Se excluyen las variables que obtuvieron menos de 30 puntos.

PONDERACIONES OBTENIDAS SEGÚN DIAGNÓSTICO MOTIVO DE INGRESO.

Al analizar las diferencias encontradas entre diagnóstico motivo de ingreso, el grupo diagnosticado de cataratas destacó el aspecto relativo a la precisión (resultado satisfactorio, mejora de la salud y logros físicos). En el grupo diagnosticado de hernia abdominal, destacan los aspectos relativos a la apariencia general de las instalaciones, a la comodidad de las instalaciones y de la habitación y a la ausencia de riesgos. Por último, en el grupo de mujeres embarazadas, se observa una mayor atención a los aspectos relativos al seguimiento y control posthospitalización y al requerimiento de atención individualizada (dignidad e intimidad), de entre aquellos puntuados significativamente por el conjunto de la muestra.

**4.2. Fase Cuantitativa:**

4.2.1. Descriptiva de la muestra.

El número de entrevistas realizadas fue de 516. De éstas, 276 (53,5%) correspondían al grupo encuestado antes del ingreso y 240 (46,5%) al grupo encuestado después del alta. La distribución según diagnóstico motivo de ingreso aparece en la tabla número 6.

**Tabla nº6.** Número de entrevistas realizadas según diagnóstico motivo de ingreso (antes-después).

	Catarata	Hernia	Embarazo	Total
Antes ingreso.	80	87	109	276 (53,5%)
Después del alta.	68	107	65	240 (46,5%)
Total.	148 (28,7%)	194 (37,6%)	174 (33,7%)	516 (100,0%)

La edad promedio del conjunto de efectivos fue de 48,2 +/- 18,1 años. No se observaron diferencias significativas en los dos grupos objeto de estudio para las variables de filiación: edad, género, régimen de convivencia, lugar de residencia, calidad de primípara (reingreso), nivel de estudios y situación laboral (tabla número 7).

**Tabla nº7.** Variables de filiación. Distribución según grupo de estudio.

<b>Variable</b>	<b>Pre-ingreso (n=276)</b>	<b>Post-alta (n=240)</b>	<b>Total (n=516)</b>
% personas > de 60 años (1).	24,7	37,0	n=141 (30,5%)
% hombres.	27,2	32,4	n=152 (29,6%)
% personas que viven solas.	12,2	13,7	n=66 (12,9%)
% usuarios que viven en Barcelona.	68,0	69,9	n=354 (68,9%)
% personas que ingresan por primera vez / primíparas.	60,1	5,6	n=324 (62,7%)
% clientes analfabetos (1).	4,4	5,0	n=24 (4,7%)
% inactivos.	57,6	65,4	n=316 (61,2%)

(1) Variable categorizada según el diagnóstico.

Las diferencias entre ambos grupos no son estadísticamente significativas ( $p < 0,05$ ) al aplicar la chi cuadrado.

Los resultados fueron analizados separadamente por grupos diagnóstico motivo de ingreso.

#### 4.2.2. Resultados obtenidos para el grupo diagnosticado de cataratas.

El cuestionario final (anexo 8), compuesto por 7 variables de filiación y 17 preguntas explicaba, tras análisis factorial (Varimax) el 70,1 % de la variancia. La fiabilidad medida con el alfa de Cronbach global fue de 0,9018.

El número de entrevistas realizadas fue de 148. De éstas, 80 (54,1%) correspondían al grupo I (prehospitalización) y 68 (45,9%) al grupo II (posthospitalización). La edad promedio de los sujetos entrevistados fue de 64,2 +/- 11,6 años. No se observaron diferencias significativas en los dos grupos objeto de estudio para las variables de filiación: edad, género, régimen de convivencia, lugar de residencia, reingreso, nivel de estudios y situación laboral (tabla número 8).

**Tabla nº8.** Catarata: Variables de filiación. Distribución según grupo de estudio.

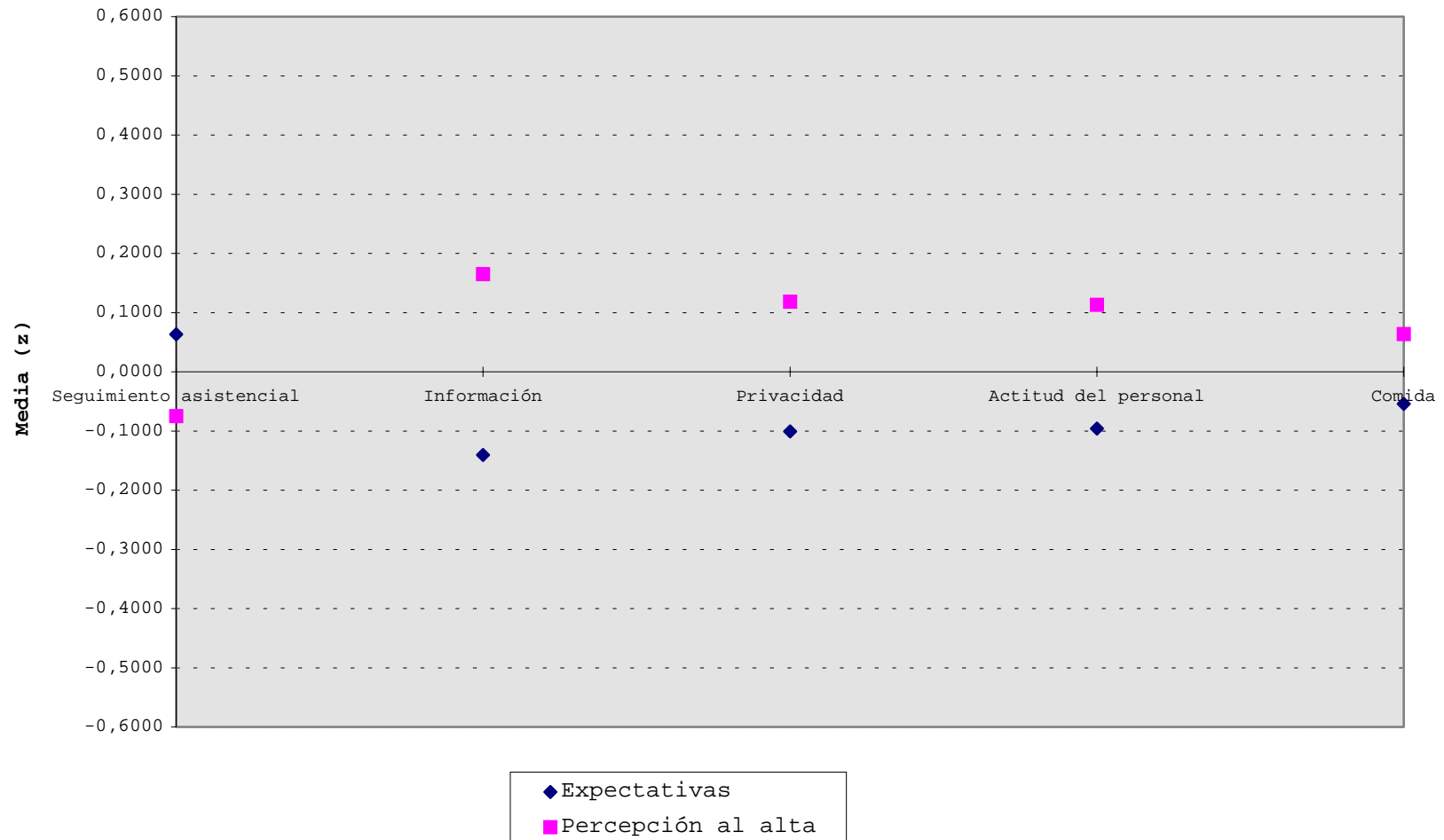
<b>Variable</b>	<b>Pre-ingreso (n=80)</b>	<b>Post-alta (n=68)</b>	<b>Total (n=148)</b>
% usuarios con más de 64 años.	48,9	44,7	n=69 (46,8%)
% varones.	43,7	43,3	n=64 (43,5%)
% usuarios que viven solos.	19,0	14,7	n=25 (17,0%)
% usuarios que viven en Barcelona.	75,0	71,6	n=109 (73,5%)
% reingresos.	71,6	72,5	n=106 (72,0%)
% usuarios con estudios primarios.	75,9	85,3	n=119 (80,3%)
% inactivos.	72,7	72,7	n=108 (72,7%)



Las diferencias entre ambos grupos no son estadísticamente significativas ( $p < 0,05$ ) al aplicar la chi cuadrado.

La diferencia entre las puntuaciones al alta y las puntuaciones antes del ingreso son significativas ( $p = 0,064$ ) y de signo positivo al opinar sobre la "información" (gráfico número 2). No se observaron diferencias significativas entre las puntuaciones previas al ingreso y las puntuaciones al alta para el resto de componentes principales: "seguimiento asistencial", "privacidad", "actitud del personal" y "comida".

Gráfico nº 2. Cataratas global



Los resultados más destacados al explicar las diferencias encontradas según las variables de filiación son los siguientes:

Edad.

No se observaron diferencias para el componente "información".

Género.

Los hombres puntúan con notas más bajas el componente "información" respecto a las mujeres.

Régimen de convivencia.

Las personas que viven acompañadas esperan menos "información" de la que perciben al alta ( $p < 0,05$ ). Las expectativas de aquellos que viven solos son muy superiores en relación a los que viven acompañados para esa misma dimensión.

Lugar de residencia.

Los usuarios que viven fuera de Barcelona puntuaron mejor al alta que antes del ingreso para el componente "información".

Reingresos vs primer ingreso.

Las personas que ingresan por primera vez puntúan mejor al alta el componente "información".

Nivel de estudios.

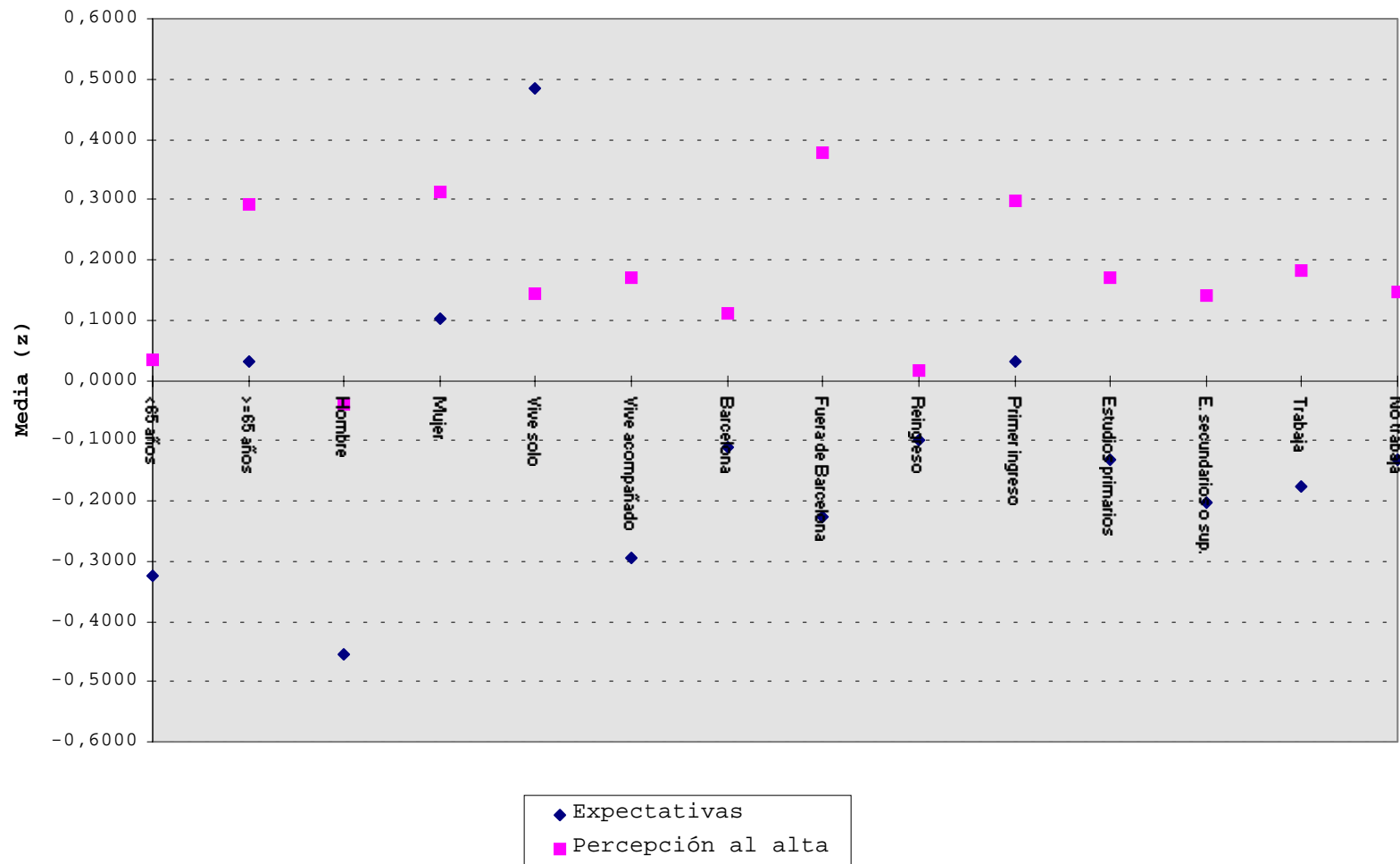
No se observaron diferencias para el componente "información".

Situación laboral.

No se observaron diferencias para el componente "información".

El gráfico número 3 refleja las puntuaciones z otorgadas para el componente principal "información" según variables de filiación.

Gráfico nº 3. Cataratas: Información



Los enunciados incluidos en cada componente principal figuran en la tabla número 9.

**Tabla nº9.** Catarata: Enunciados contenidos en cada componente principal.

Pregunta
<b>Componente 1: seguimiento asistencial.</b>
Cuando me den el alta, recibiré suficiente información sobre el tratamiento a seguir y las posibles visitas sucesivas.
En el momento del alta, alguien me explicará los trámites que he de hacer para que me resulten ágiles y claros.
Cuando me den el alta, mi estado de salud habrá mejorado substancialmente.
El médico que me atienda conocerá perfectamente mi historial.
<b>Componente 2: suministro de información.</b>
Antes de ingresar tendré toda la información necesaria sobre mi estancia.
Me explicarán de una forma comprensible lo que he de saber durante mi estancia.
Las explicaciones que recibiré serán claras. Me las repetirán hasta entenderlas.
<b>Componente 3: privacidad.</b>
Mis familiares y amigos podrán venir a verme a cualquier hora sin límite de nº.
En el hospital podré dormir y descansar sin que me interrumpen demasiado.
Mi compañero/a de habitación respetará el silencio.
Dispondré del tiempo suficiente y del lugar apropiado para recibir visitas.
<b>Componente 4: actitud del personal.</b>
Los trabajadores del HC se mostraran en todo momento dispuestos a ayudarme.
El trato del personal será siempre correcto y amable.
La actitud de los empleados del HC me dará confianza respecto al seguimiento de mi caso.
Sentiré respetada en todo momento mi dignidad e intimidad personal.
<b>Componente 5: comida.</b>
La cantidad de comida será adecuada.
El intervalo entre comidas será razonable.

#### 4.2.3. Resultados obtenidos para el grupo diagnosticado de hernia de la cavidad abdominal.

El cuestionario final (anexo 9), compuesto por 7 variables de filiación y 18 preguntas, explicaba, tras análisis factorial (Varimax) el 68,3 % de la variancia. La fiabilidad medida con el alfa de Cronbach global fue de 0,9069.

El número de entrevistas realizadas fue de 194. De éstas, 87 (44,8%) correspondían al grupo I y 107 (55,2%) al grupo II. La edad promedio de los sujetos entrevistados fue de 56,0 +/- 15,5 años. No se observaron diferencias significativas en los dos grupos objeto de estudio para las variables de filiación: edad, género, régimen de convivencia, lugar de residencia, reingreso, nivel de estudios y situación laboral (tabla número 10).



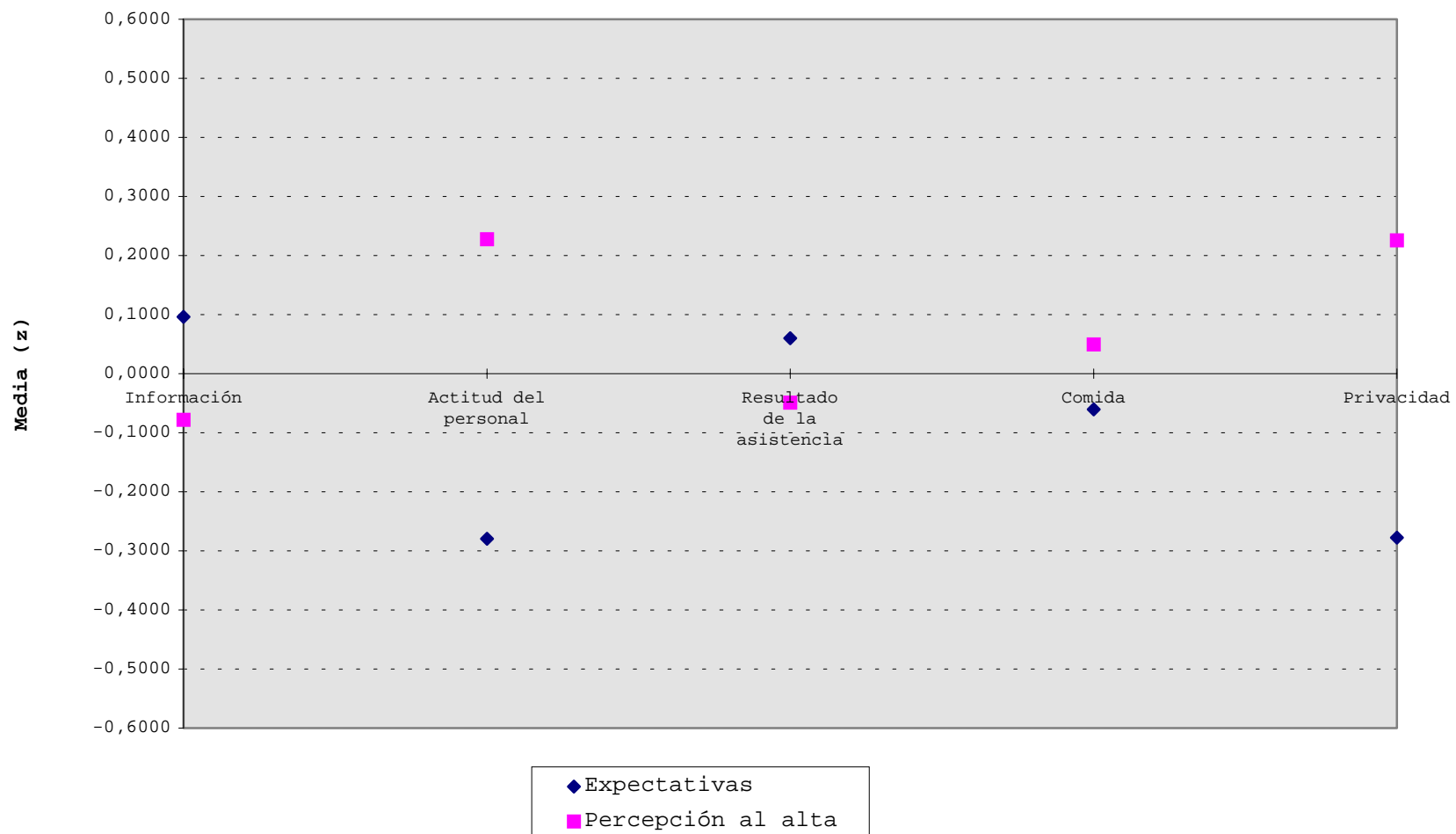
**Tabla nº10.** Hernia: Variables de filiación. Distribución según grupo de estudio.

<b>Variable</b>	<b>Pre-ingreso (n=87)</b>	<b>Post-alta (n=107)</b>	<b>Total (n=194)</b>
% sujetos mayores de 56 años.	51,7	42,1	n=90 (46,4%)
% varones.	46,0	45,3	n=88 (45,6%)
% pacientes que viven solos.	21,2	19,6	n=39 (20,3%)
% pacientes que viven en Barcelona.	74,4	74,8	n=144 (74,6%)
% reingresos.	66,7	72,4	n=130 (69,9%)
% personas con estudios primarios.	51,2	63,8	n=110 (58,2%)
% inactivos.	63,2	69,2	n=129 (66,5%)

Las diferencias entre ambos grupos no son estadísticamente significativas ( $p < 0,05$ ) al aplicar la chi cuadrado.

La diferencia entre las puntuaciones al alta y las puntuaciones antes del ingreso son estadísticamente significativas ( $p < 0,01$ ) y de signo positivo al opinar sobre la "actitud del personal" y sobre la "privacidad" (gráfico número 4). No se observaron diferencias significativas entre las puntuaciones previas al ingreso y las puntuaciones al alta para los componentes "información", "resultado de la asistencia" y "comida".

Gráfico nº 4. Hernia global



Al analizar las diferencias según las variables de filiación, se observa, para el componente principal "actitud del personal", que todos los grupos analizados (excepto el de personas activas) puntúan de manera significativa al alta cuando comparamos sus puntuaciones con aquellas previas al ingreso.

Otros resultados destacados al explicar las diferencias encontradas según las variables de filiación son:

Edad.

No se observaron diferencias en las variables de filiación para el componente "privacidad".

Género.

Las mujeres puntuaron de forma significativamente superior al alta la "privacidad" en relación a las expectativas previas al ingreso.

Régimen de convivencia.

Las personas que viven acompañadas puntuaron más al alta la "privacidad" tras la hospitalización en relación a las expectativas.

Lugar de residencia.

Los residentes en Barcelona puntuaron de forma significativamente superior la "privacidad".

Reingresos vs primer ingreso.

Las personas que ya habían estado ingresadas puntuaron más alta la calidad percibida para el componente principal "privacidad".

#### Nivel de estudios.

Las personas con estudios secundarios o superiores dieron puntuaciones más altas a la "privacidad", si bien sus expectativas previas al ingreso fueron significativamente más bajas en relación al grupo de personas con estudios primarios.

#### Situación laboral.

El grupo de personas inactivas (amas de casa, desempleados y jubilados) puntuó con notas más altas los componentes "actitud del personal" y "privacidad" en la fase II. Este grupo, al alta, dio puntuaciones más elevadas que el grupo de personas activas laboralmente.

Los gráficos 5 y 6 reflejan las puntuaciones z otorgadas por cada grupo analizado para los componentes de "actitud del personal" y "privacidad" respectivamente.

Gráfico nº 5. Hernia: Actitud del personal

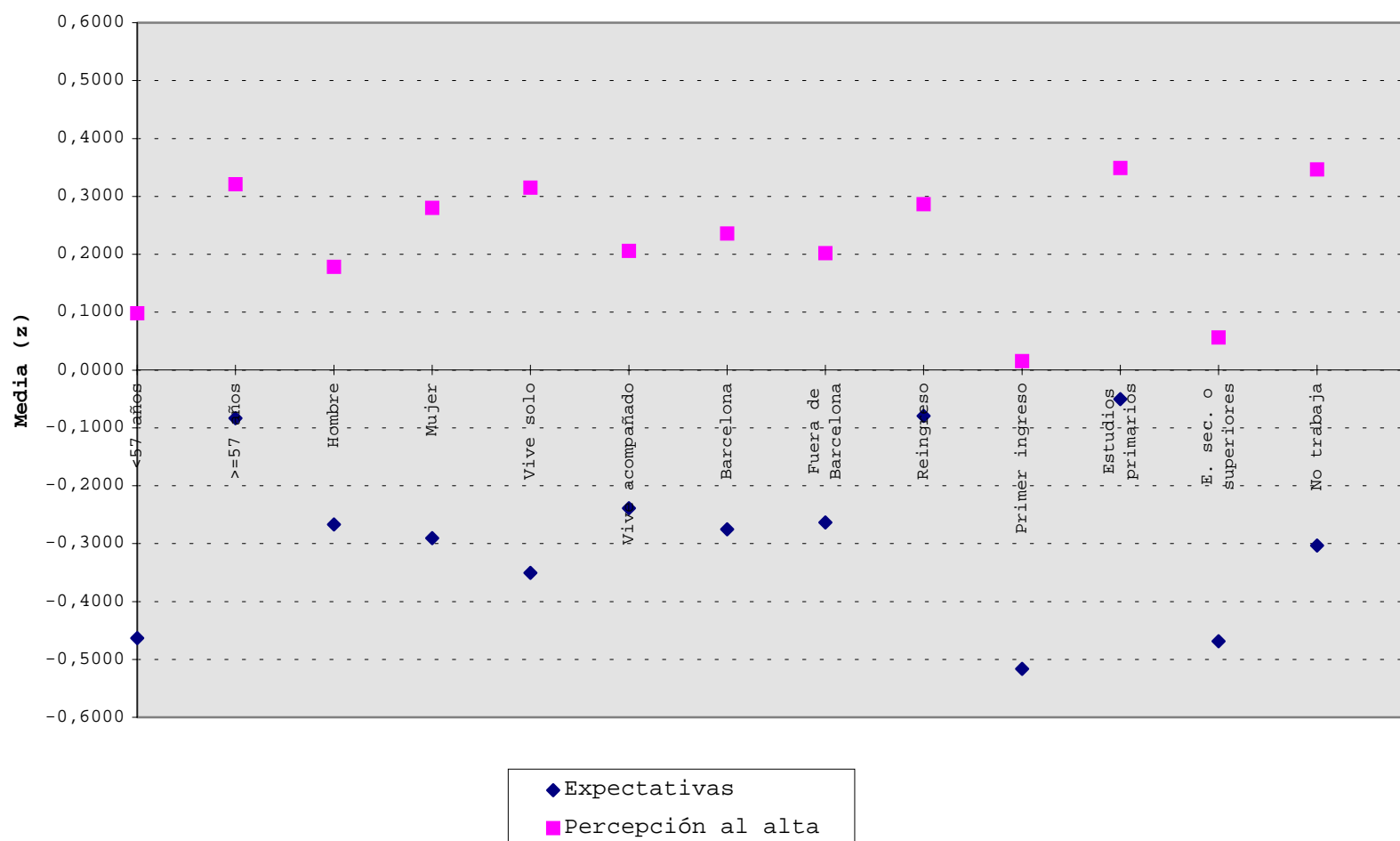
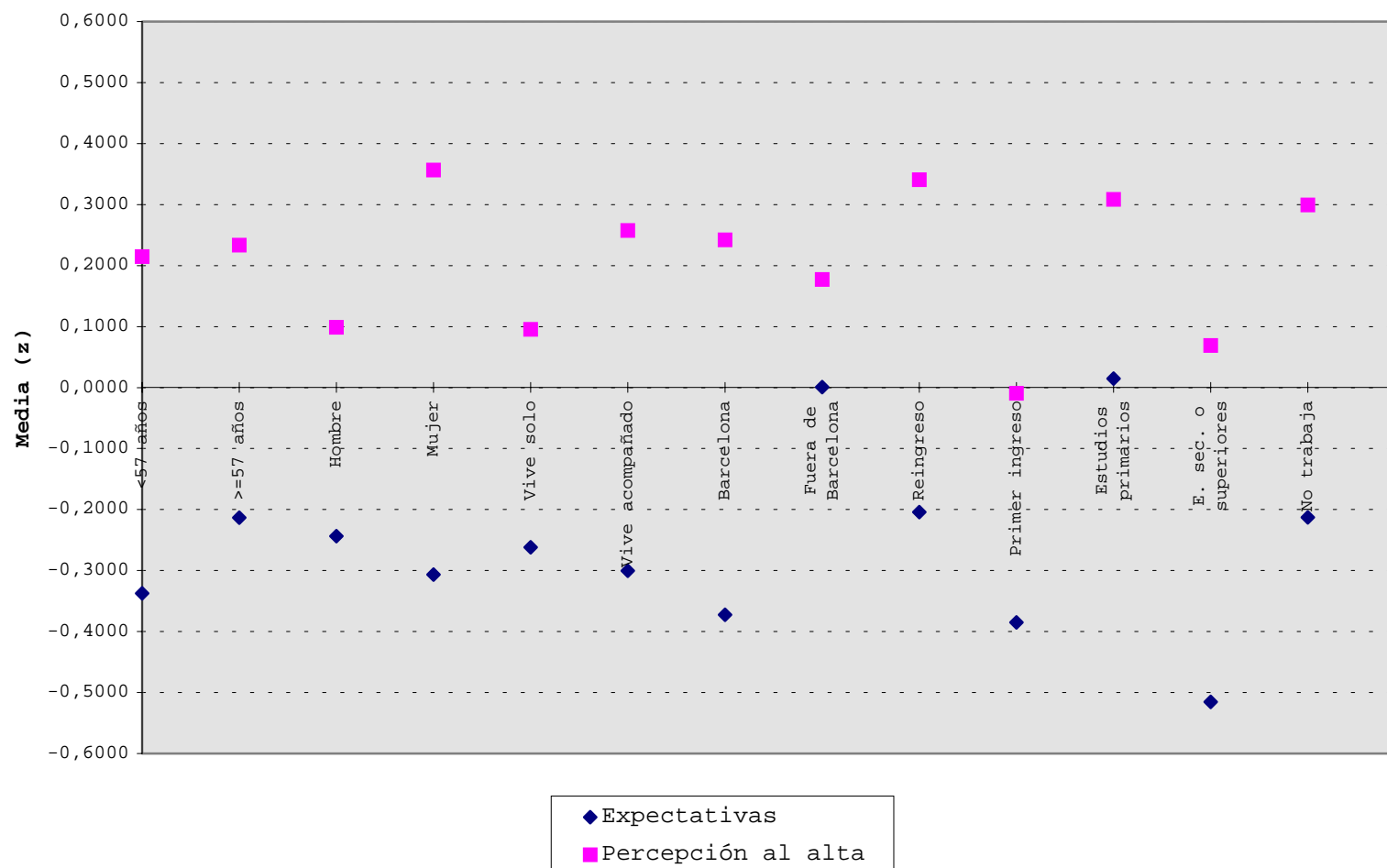


Gráfico nº 6. Hernia: Privacidad



Los enunciados incluidos en cada componente principal figuran en la tabla número 11.



**Tabla nº11.** Hernia: Enunciados contenidos en cada componente principal.

<b>Pregunta</b>
<b>Componente 1: suministro de información.</b>
Las explicaciones que recibiré serán claras. Me las repetirán hasta entenderlas.
Me explicarán de una forma comprensible lo que he de saber durante mi estancia.
En el momento del alta, alguien me explicará los trámites que he de hacer para que me resulten ágiles y claros.
Antes de ingresar tendré toda la información necesaria sobre mi estancia.
Cuando me den el alta, recibiré suficiente información sobre el tratamiento a seguir y las posibles visitas sucesivas.
El médico que me atienda conocerá perfectamente mi historial.
<b>Componente 2: actitud del personal.</b>
El trato del personal será siempre correcto y amable.
Los trabajadores del hospital se mostraran en todo momento dispuestos a ayudarme.
La actitud de los empleados del hospital me dará confianza respecto al seguimiento de mi caso.
<b>Componente 3: resultado de la asistencia.</b>
Cuando me den el alta, mi estado de salud habrá mejorado substancialmente.
Saldré del hospital satisfecho/a.
La experiencia de los médicos del HC comporta una importante disminución de complicaciones y riesgos.
En general, mi valoración sobre los servicios que presta el centro será satisfactoria.
<b>Componente 4: comida.</b>
El intervalo entre comidas será razonable.
La cantidad de comida será adecuada.
<b>Componente 5: privacidad.</b>
Mi compañero/a de habitación respetará el silencio.
En el hospital podré dormir y descansar sin que me interrumpen demasiado.
Dispondré del tiempo suficiente y del lugar apropiado para recibir visitas.

#### 4.2.4. Resultados obtenidos para el grupo de mujeres embarazadas.

La pareja final de cuestionarios (anexo 10), compuesto por 5 variables de filiación y 18 artículos de satisfacción explicaba, tras análisis factorial (Varimax) el 66,8 % de la variancia. El alfa de Cronbach global fue de 0,8859.

El número de entrevistas realizadas fue de 174. De éstas, 109 (62,6%) correspondían al grupo encuestado antes del parto y 65 (37,4%) al grupo encuestado en la primera visita post-parto. La edad promedio de las mujeres entrevistadas fue de 30,9 +/- 4,8 años. No se observaron diferencias significativas en los dos grupos objeto de estudio para las variables de filiación: edad, lugar de residencia, calidad de primípara, nivel de estudios y situación laboral (tabla número 12).

**Tabla nº12.** Parto: Variables de filiación. Distribución según grupo de estudio.

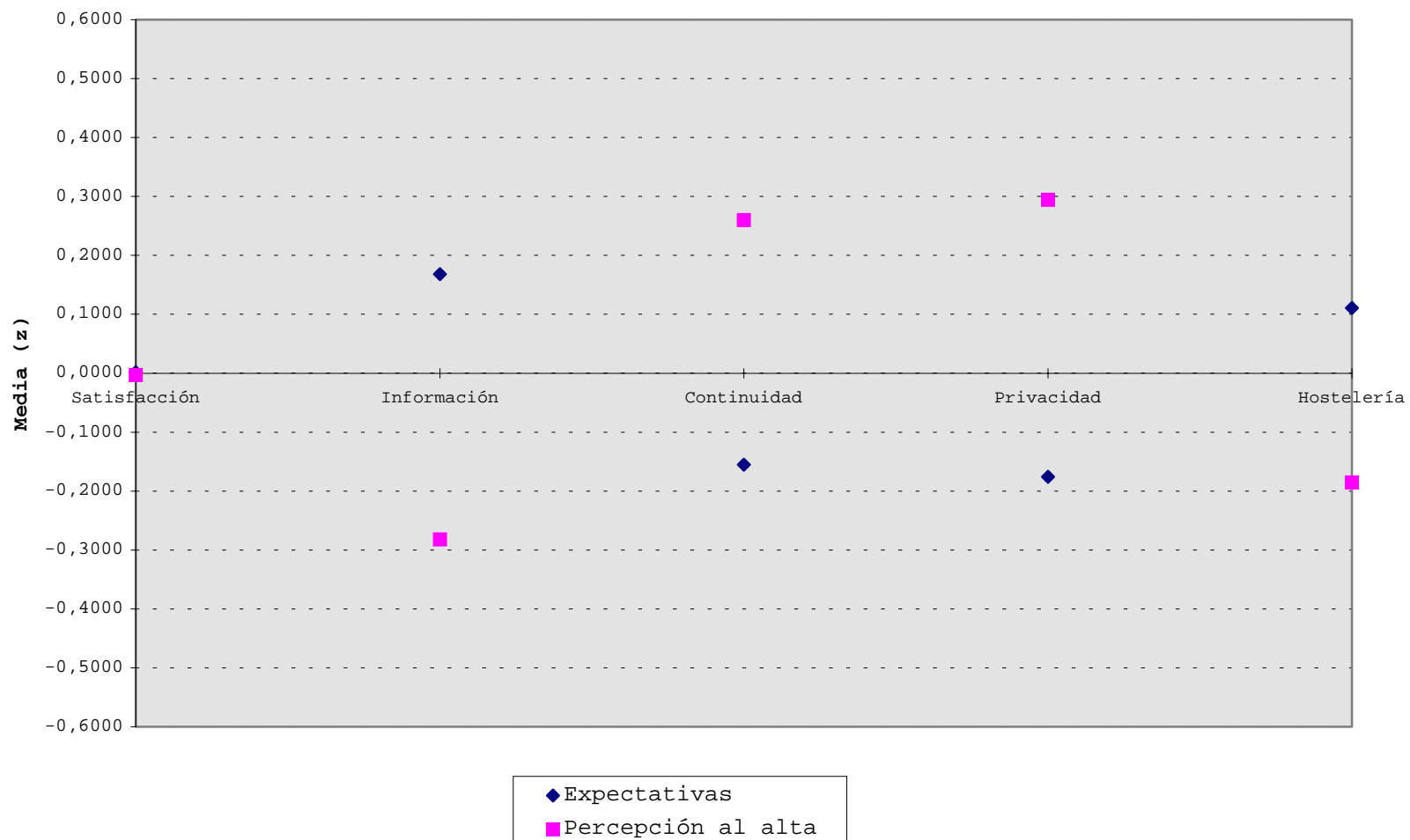
<b>Variable</b>	<b>Pre-ingreso (n=109)</b>	<b>Post-alta (n=65)</b>	<b>Total (n=174)</b>
% mujeres con menos de 31 años.	50,5	40,0	n=81 (46,6%)
% usuarias que viven en Barcelona.	57,8	60,0	n=102 (58,6%)
% primíparas.	60,0	56,9	n=100 (58,8%)
% mujeres con estudios universitarios.	27,4	26,2	n=46 (26,9%)
% inactivas.	47,7	51,6	n=85 (49,1%)

Las diferencias entre ambos grupos no son estadísticamente significativas ( $p < 0,05$ ) al aplicar la chi cuadrado.

La diferencia entre las puntuaciones al alta y las puntuaciones antes del parto son estadísticamente significativas ( $p < 0,01$ ) y de signo positivo al opinar sobre la "continuidad" y sobre la "privacidad". En cambio, la diferencia entre las puntuaciones al alta y las puntuaciones antes del parto son estadísticamente significativas ( $p < 0,01$ ) y de signo negativo al opinar sobre la "información".

No se observaron diferencias significativas entre las puntuaciones previas al ingreso y las puntuaciones al alta para los componentes "satisfacción global" y "hostelería". El gráfico número 7 refleja las puntuaciones otorgadas para los cinco componentes principales.

Gráfico nº 7. Embarazadas global.



Los resultados más destacados al explicar las diferencias encontradas según las variables de filiación son:

Edad.

El grupo menor de 31 años puntuó más alto antes del ingreso que después del alta para el componente principal "información". En este grupo, la diferencia entre las puntuaciones fue también significativa pero de signo contrario para la "continuidad" de la asistencia.

Por otro lado, el grupo de mujeres con más de 30 años registró puntuaciones más altas de calidad percibida en "privacidad".

Lugar de residencia.

Las mujeres residentes en Barcelona puntúan más alto en la fase de post-hospitalización que antes del ingreso, de forma estadísticamente significativa ( $p < 0,05$ ) en el componente principal "continuidad".

Primíparas versus múltíparas.

Las mujeres primíparas satisfacen en mayor medida sus expectativas para el componente principal "privacidad".

Para el componente "información", las primíparas post-hospitalizadas dan una puntuación más baja en relación a las puntuaciones otorgadas antes del ingreso.

Las mujeres multíparas post-hospitalizadas puntúan con nota más alta la "continuidad" en relación a las puntuaciones otorgadas antes del ingreso.

#### Nivel de estudios.

El grupo de mujeres con estudios universitarios espera menos (puntúan con nota más baja en la primera fase) de la "privacidad" que el grupo de mujeres no universitarias.

Las mujeres que carecen de estudios universitarios puntúan más alto el componente principal "continuidad" al alta. El mismo grupo también puntúa más alto que el grupo de mujeres universitarias al abandonar el hospital para este componente principal.

Para la "información", las expectativas superan de forma significativa la percepción en el grupo de mujeres sin estudios universitarios.

#### Situación laboral.

Las mujeres activas laboralmente post-hospitalizadas, dan puntuaciones más altas al componente "privacidad". En ese mismo componente, el grupo de mujeres activas laboralmente esperan menos (puntuación más baja en la primera fase) que el grupo de mujeres inactivas.

Para el componente principal "información", las expectativas superan de forma significativa la percepción en el grupo de mujeres trabajadoras.

Las mujeres que no trabajan puntúan más alto la calidad percibida en relación a sus expectativas previas del componente "continuidad". Para el mismo componente, el grupo de mujeres inactivas puntúa más alto que el grupo de mujeres trabajadoras al abandonar el hospital.

Los gráficos 8-10 reflejan, respectivamente, las puntuaciones z otorgadas por cada grupo analizado para los componentes "continuidad", "privacidad" e "información" en cada fase del estudio.



Gráfico nº 8. Embarazo: Continuidad.

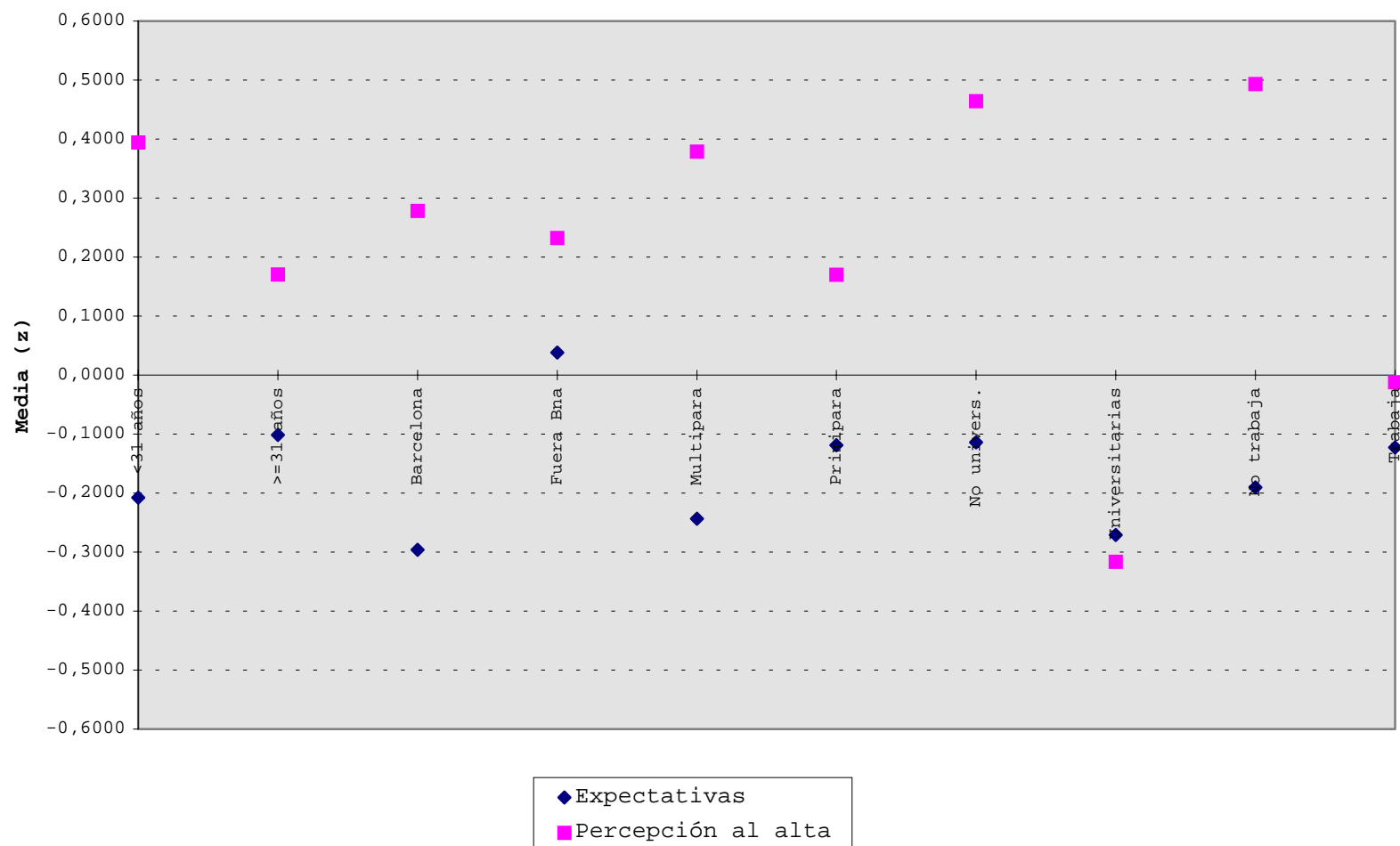


Gráfico nº 9. Embarazo: Privacidad.

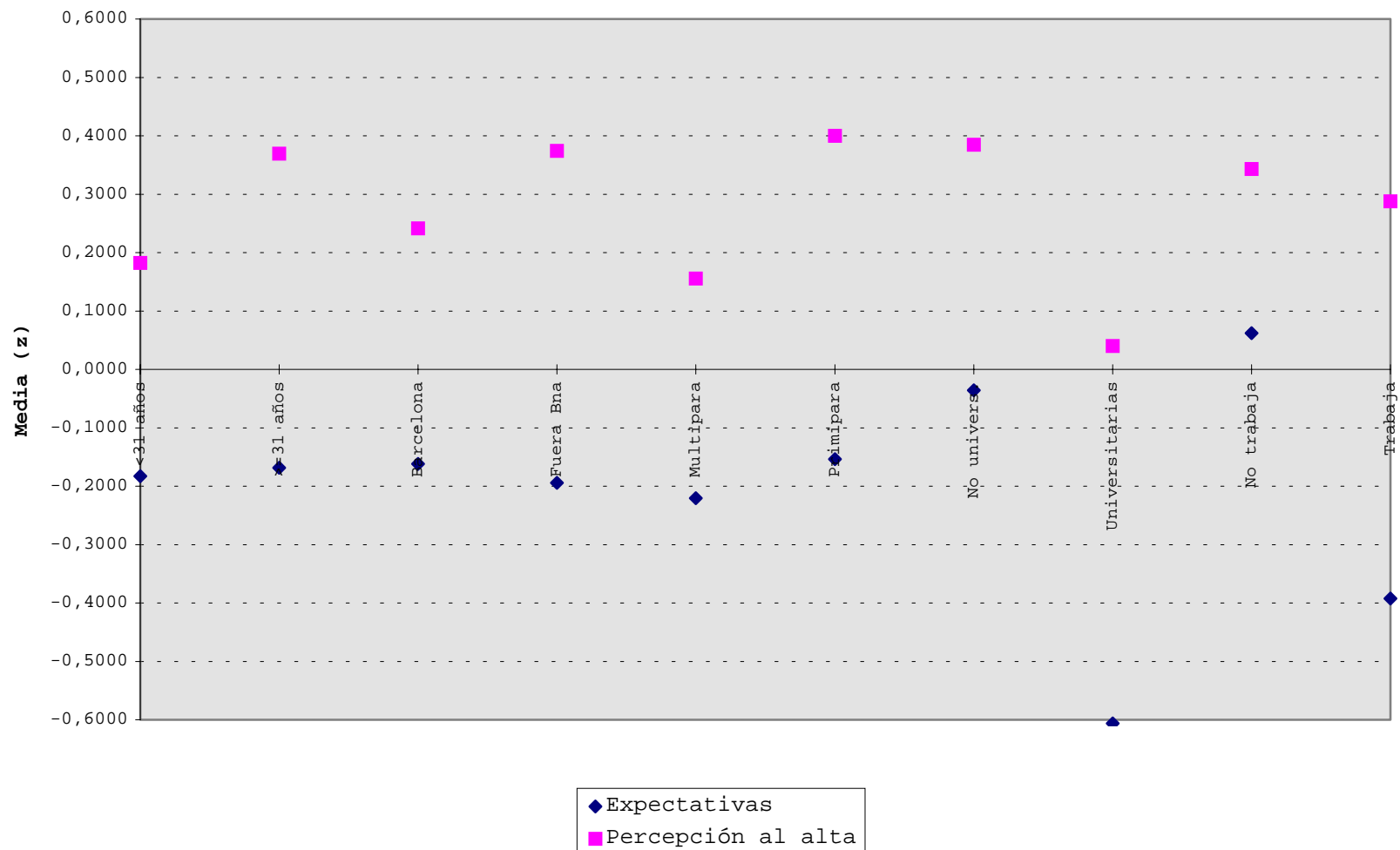
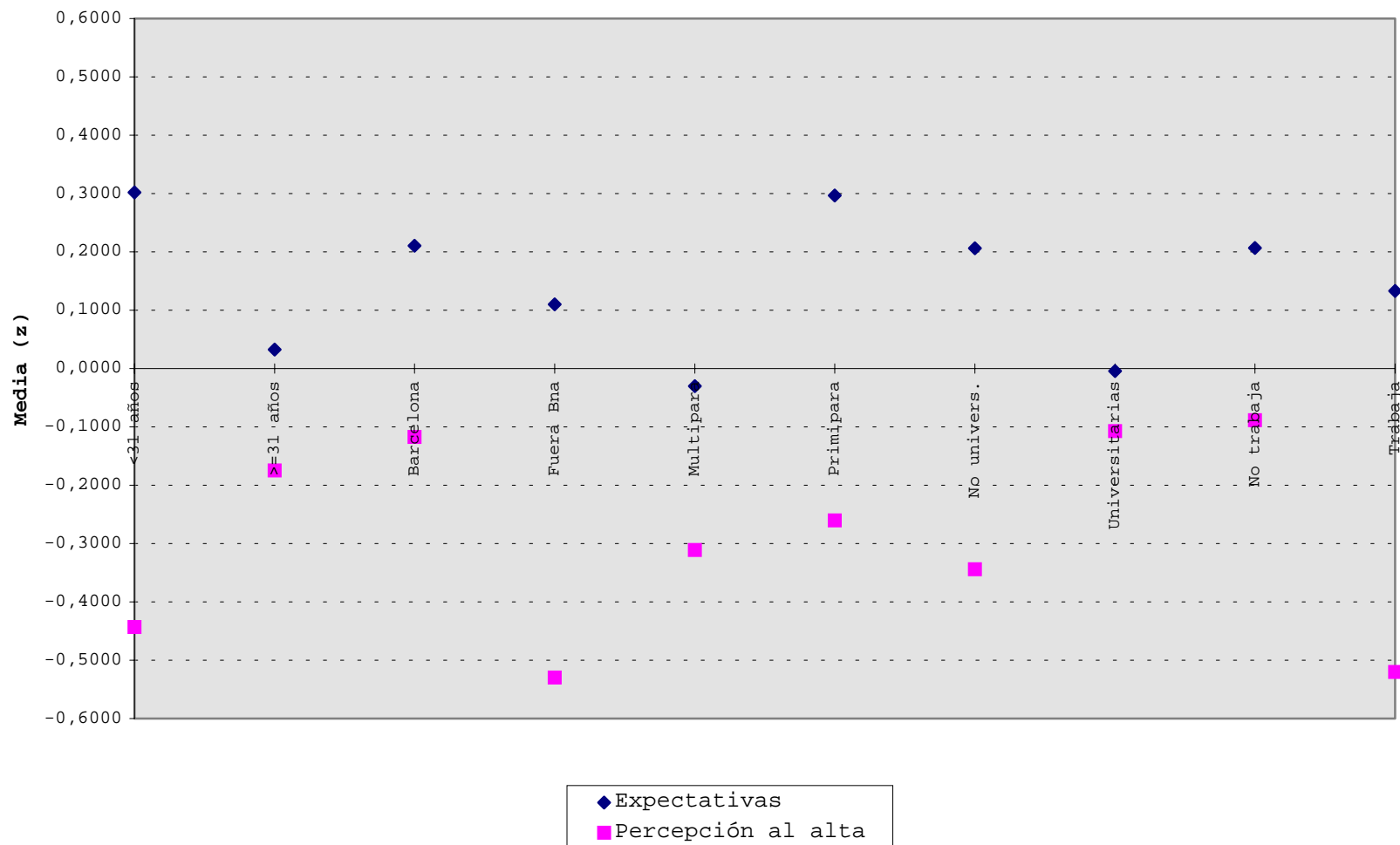


Gráfico nº 10. Embarazo: Información.



Los enunciados incluidos en cada componente principal figuran en la tabla número 13.

**Tabla nº13.** Parto: Enunciados contenidos en cada componente principal.

Pregunta
<b>Componente 1: satisfacción general.</b>
Saldré del hospital satisfecha.
En general, mi valoración sobre los servicios que presta el centro será satisfactoria.
Puntúe del 1 (muy mal) al 7 (muy bien) la calidad de servicio que espera encontrar en el hospital.
La actitud de los empleados del HC me dará confianza respecto al seguimiento de mi caso.
<b>Componente 2: información.</b>
Me explicarán de una forma comprensible lo que he de saber durante mi estancia.
Las explicaciones que recibiré serán claras. Me las repetirán hasta entenderlas.
El médico que me atienda conocerá perfectamente mi historial.
Antes de ingresar tendré toda la información necesaria sobre mi estancia.
<b>Componente 3: continuidad.</b>
En el momento del alta, alguien me explicará los trámites que he de hacer para que me resulten ágiles y claros.
Cuando me den el alta, mi estado de salud habrá mejorado substancialmente.
Cuando me den el alta, recibiré suficiente información sobre el tratamiento a seguir y las posibles visitas sucesivas.
<b>Componente 4: privacidad.</b>
En el hospital podré dormir y descansar sin que me interrumpen demasiado.
Mis familiares y amigos podrán venir a verme a cualquier hora sin límite de número.
Mi compañera de habitación respetará el silencio.
Dispondré del tiempo suficiente y del lugar apropiado para recibir visitas.
<b>Componente 5: hostelería.</b>
El intervalo entre comidas será razonable.
La cantidad de comida será adecuada.
En el HC la habitación estará limpia.

## 5. DISCUSION

### 5.1. Fase cualitativa.

Los usuarios incluidos en el estudio fueron seleccionados por pertenecer a grupos cuyo diagnóstico / procedimiento requiere un seguimiento previo al ingreso en el centro, por presentar diagnósticos asociados a un perfil muy distinto de usuarios y por identificarse con patología representativa de la casuística atendida en el Hospital Clínico de Barcelona. Así, el código identificado con la catarata (código 366 de la Clasificación Internacional de Enfermedades, novena revisión, modificación clínica), representó el 2,3% (n = 762) del total de altas en 1994. El grupo "hernia de la cavidad abdominal" (códigos 550 - 553), representó el 1,1% de los casos (n = 345) y los grupos relacionados con el embarazo - parto (códigos 650 - 659), representaron el 2,4% (n = 783) del total de altas en 1994 <sup>25</sup>.

Una parte de la selección de los candidatos a participar en estos grupos de discusión se efectuó a partir del listado diario de mujeres controladas por su embarazo. En este registro se incluían las mujeres cuyo motivo de atención era el control del embarazo. Así, no pudimos distinguir, hasta haber efectuado la comunicación telefónica posterior al correo, las mujeres que ya habían completado su embarazo de aquellas que aún no lo habían hecho. Esta

circunstancia retrasó la convocatoria del grupo de mujeres embarazadas, puesto que se excluían aquellas que ya habían completado su gestación. Este hecho, probablemente justificó la menor respuesta obtenida por parte de las señoras embarazadas, que recibieron la llamada telefónica con excesiva dilación respecto de la carta inicial. Así, de los 432 usuarios que denegaron la invitación a participar en la sesión grupal, 288 (66,6%) fueron mujeres embarazadas. Por otro lado, la naturaleza del estudio, basada en una técnica grupal, condicionó la pérdida de 18 efectivos (17,1%) que no acudieron a la citación aún después de haber confirmado su asistencia. De éstos, 11 (61,1%) pertenecían al grupo de embarazadas.

La recogida de información a partir de grupos focales o de discusión nos pareció el instrumento más adecuado para satisfacer los objetivos del estudio, dadas algunas ventajas del método respecto de otras técnicas grupales, como los grupos Delphi, de planificación, terapéuticos, de sensibilización o los grupos consultivos <sup>22</sup>.

Las principales ventajas de esta técnica son <sup>22, 26</sup>: la espontaneidad de los participantes, la flexibilidad con respecto al guión, la elevada validez subjetiva, el costo reducido, la rápida disponibilidad de los resultados, la posibilidad de incrementar el tamaño de la muestra, el efecto catártico entre los pacientes y

el hecho de saber que su opinión va a ser tratada en grupo y no individualmente, lo cual incrementa la sinceridad de las respuestas.

Entre las limitaciones del grupo de discusión se han señalado las siguientes <sup>22, 26</sup>: escaso control sobre el guión, el análisis de datos es más complejo, es necesario disponer de un moderador bien entrenado, los miembros del grupo pueden ser heterogéneos, la dificultad en reunir al grupo en hora y lugar coincidente, la necesidad de que exista un entorno facilitador y por último, la subjetividad inherente a los estudios cualitativos.

Estas limitaciones debían ser consideradas en la preparación del grupo y en la conducción del mismo por parte del moderador. El moderador debe estar preparado para reacciones emotivas fuertes, puesto que la presencia o ausencia de enfermedad, así como las incapacidades, pueden dar lugar a estados afectivos importantes <sup>26</sup>. Asimismo, resulta conveniente destacar en la introducción la naturaleza permisiva del entorno en el que desarrolló la sesión y la similitud existente entre los participantes (mismo diagnóstico), con el objeto de justificar la presencia de todos los usuarios y evitar que el grupo delegue en el sujeto más influyente <sup>22</sup>.



Por otro lado, el moderador no puede estar directamente vinculado con la investigación, ya que podría introducir un sesgo de información en las apreciaciones de los participantes. En nuestro estudio, el moderador fue seleccionado de manera específica para la conducción de los diferentes grupos, sin estar implicado en las fases previas ni en el seguimiento de la investigación.

En la sesión se pretendía que cada participante verbalizara cuáles son sus experiencias con respecto a la atención, acierto diagnóstico y terapéutico, cuidados y servicios que esperan recibir o que han recibido en su estancia hospitalaria. La sesión grupal se estructuró de acuerdo a las pautas del "T-Group" o "grupo operativo", centrando el enfoque en la opinión de los usuarios. En la fase final, se solicitaron aclaraciones respecto a la verdadera intención de cada participante al expresar su idea <sup>27</sup>.

La filmación en vídeo puede ser considerada intrusiva y afectar la espontaneidad de los participantes <sup>22</sup>. Esta circunstancia se controla utilizando una sola cámara fija que no distraiga la atención de los efectivos y pidiendo el consentimiento informado por escrito antes de iniciar la sesión. Esta información reduce el nivel de ansiedad de los usuarios y genera satisfacción y confianza <sup>28</sup>. Por otro lado, la

filmación en vídeo permite que las cintas sean vistas más de una vez y si es posible, por más de un revisor, al objeto de obtener mejor concordancia en las observaciones <sup>26</sup>.

En cambio, la transcripción de la sesión, no imprescindible cuando las sesiones son filmadas en vídeo, presenta una enorme ayuda al investigador en el análisis, pero existe una limitación inherente al registro de los datos por escrito: el tono e inflexión del comentario se pierden, y puede ser interpretado de forma distinta a como se interpretaría si fuera oído <sup>22</sup>.

Los efectivos reunidos (n = 106) incluían algunos acompañantes de los individuos inicialmente seleccionados. Los acompañantes aportaron información útil para los objetivos del estudio, pues la verbalización de sus expectativas y / o experiencias puede ser considerada en la elaboración del cuestionario, siendo además este colectivo un grupo cuyo nivel de satisfacción no debe quedar al margen de la organización sanitaria.

Los resultados obtenidos como consecuencia de ponderar las intervenciones integran los atributos destacados por Parasuraman <sup>29</sup> - <sup>31</sup> Hall & Dornan <sup>32</sup> en su

metaanálisis efectuado sobre 221 estudios de satisfacción, y Oliver <sup>33</sup>.

Algunos de estos conceptos fueron apareciendo en las entrevistas grupales efectuadas en nuestro hospital, siendo los más frecuentes aquellos relativos a horario y calendario adecuado (atención rápida), amabilidad / trato / cortesía / cordialidad / humanidad; información recibida acerca del diagnóstico, tratamiento y pruebas efectuadas y la disposición a dar explicaciones por parte del personal del centro. Los resultados obtenidos indican qué artículos de satisfacción deberían ser incluidos en la construcción de un cuestionario. Del mismo modo, para evaluar las variables incluidas en el cuestionario final, se puede utilizar el vocabulario y los aspectos mejor ponderados por los usuarios.

Como limitación principal de esta parte del estudio, cabe notar que las cifras registradas al evaluar la concordancia entre observadores relativizan la consistencia de las tendencias discutidas. Si bien es evidente que algunos de los valores de concordancia entre observadores puede reflejar excesiva variación en las apreciaciones, la experiencia acerca de la aplicación de estos criterios en este tipo de estudios es aún escasa. Estas tendencias deberían ser idealmente contrastadas en otras experiencias o con

los resultados obtenidos en una segunda fase, cuantitativa y posterior del estudio.

Pueden apuntarse otras limitaciones en la investigación cualitativa con grupos focales o de discusión: falta de sinceridad de los efectivos incluidos en el estudio, articulación de respuestas "convenientes", ocultación de información por aprensión o presión social o manipulación por parte del moderador.

En nuestro estudio, la selección de los efectivos se hizo al azar y la dirección del grupo fue protocolizada. Podemos asumir que, generalmente, los grupos de discusión poseen una alta validez subjetiva<sup>22</sup>, suficiente como fase previa a la segunda fase del estudio, cuantitativa.

## 5.2. Fase cuantitativa:

### 5.2.1. Consideraciones metodológicas.

Se establecieron tres grupos según diagnóstico motivo de ingreso y a su vez, dos grupos según el usuario había sido entrevistado antes o después de la hospitalización. En el primer caso, se evaluaban las expectativas previas al contacto hospitalario. En el segundo, la calidad percibida al alta.

La comparación entre ambos grupos (antes-después) requiere que no existan diferencias significativas entre predictores de la satisfacción <sup>34</sup> como son las variables de filiación: edad, género, régimen de convivencia, lugar de residencia, reingreso (calidad de primípara), nivel de estudios y situación laboral. Del análisis se excluye, para las mujeres embarazadas, el género (único) y el régimen de convivencia (el 98,8% vivían acompañadas).

Otra alternativa de diseño sería encuestar al mismo paciente antes y después de su intervención quirúrgica, pero esa opción no garantiza el anonimato de los entrevistados, añade el sesgo de una segunda respuesta al mismo cuestionario y hace más difícil el seguimiento de los efectivos.

El estudio, basado en entrevistas apoyadas en cuestionarios, reconoce las limitaciones inherentes a los estudios de opinión: el entrevistador puede falsear la encuesta, el cuestionario puede estar mal construido <sup>7</sup> o el entrevistado puede ser aquiescente <sup>35</sup>.

El sesgo del entrevistador ha sido corregido mediante la participación de alumnos en prácticas de Relaciones Públicas, encuestadores no remunerados, ajenos a la investigación y entrenados para pasar el cuestionario <sup>36</sup>. El cuestionario se basa en la experiencia de Parasuraman <sup>30</sup> y en los temas y vocabulario recogidos a partir de 12 grupos focales o de discusión, que recogían la opinión de 106 pacientes <sup>37</sup>.

Las fechas en que fueron pasados los cuestionarios se distribuyeron regularmente durante el año 1.996.

No fueron controladas las variables tiempo hasta / desde la hospitalización y duración de la estancia, por no ser preferentes para el objetivo principal del estudio.

Al aplicar el análisis ortogonal en el modelo factorial, asumimos que la correlación entre dimensiones es independiente. Se efectuó también un análisis oblicuo que arrojó resultados

similares a los presentados en este trabajo. Así, la rotación ortogonal permitiría usar los factores para un eventual análisis de regresión múltiple, alternativa de interés pero alejada de los objetivos de este proyecto.

La escala de respuesta utilizada fue tipo Likert con 7 grados. La escala tipo Likert <sup>38, 19</sup> es más sensible que la dicotómica, permite una mejor distribución de las puntuaciones y detecta con mayor probabilidad las posibles diferencias entre los aspectos evaluados <sup>8</sup>.

Las puntuaciones directas fueron tratadas como variable ordinal, puesto que no son equidistantes. Estas puntuaciones se distribuyeron fuera de la curva normal, fenómeno común al utilizar escalas de 5 ó 7 grados. Esta circunstancia obligó a transformar la valoración de los efectivos en puntuaciones z. La escala de respuesta, difícil de entender sin ayuda, es fácilmente comprensible con apoyos visuales facilitados por el entrevistador. En futuros estudios, sugerimos la utilización de escalas analógicas cuando no se utilicen las puntuaciones tipificadas.

Por último, la categorización de las variables de filiación no fue la misma para cada grupo diagnóstico. Esta circunstancia se debe a la

necesidad de trabajar con una representación suficiente en cada categoría analizada.

#### 5.2.2. Consideraciones genéricas.

##### **a) Muestra.**

El número de efectivos finalmente entrevistados fue de 516. La muestra es significativa de la población atendida para un intervalo de confianza del 95,0% y una precisión del 6,0%.

##### **b) Dimensiones.**

Del cuestionario inicial surgieron, tras análisis factorial (varimax) 5 componentes principales para cada grupo diagnóstico. Aceptamos como idénticas las dimensiones antes y después del ingreso, con el objeto de hacer posible la comparación.

Las dimensiones que simplifican los resultados son diferentes según grupo diagnóstico (tabla 14).



**Tabla nº14.** Dimensiones según diagnóstico motivo de ingreso. El asterisco indica aquellas dimensiones en que se observaron diferencias significativas antes / después del ingreso hospitalario.

Cataratas.	Hernia.	Parto.
Seguimiento asistencial.	Información.	Satisfacción global.
Información.*	Actitud del personal.*	Información.*
Privacidad.	Resultado de la asistencia.	Continuidad.*
Actitud del personal.	Comida.	Privacidad.*
Comida.	Privacidad.*	Hostelería.

### **c) Variancia y fiabilidad del cuestionario.**

Las cifras de variancia y fiabilidad explicadas en los 3 grupos seleccionados, son aceptables al compararlas a otros estudios <sup>9, 39-42</sup>.

#### 5.2.3. Consideraciones específicas.

##### *5.2.3.1. Catarata.*

###### Edad.

No se observaron diferencias en esta variable para el componente principal "información".

###### Género.

Al analizar las diferencias entre Grupos y según variables de filiación, las mujeres esperan más que los hombres del componente "información" y están a su vez más satisfechas con la información que reciben. Esto puede ser debido a que la mujer pregunta más y por eso recibe más información y más respuestas de los profesionales sanitarios <sup>43-45</sup>.

###### Régimen de convivencia.

Las personas que viven acompañadas reflejan una diferencia estadísticamente significativa y de signo positivo al opinar sobre la "información". Las expectativas de aquellos que viven solos

son muy superiores en relación a los que viven acompañados. Este efecto puede deberse a que la persona que vive sola necesita toda la "información" y que ésta sea clara y precisa. Aquel que vive con alguien más puede delegar la búsqueda y el análisis de "información" en sus familiares, quienes posteriormente se la transmitirán.

Por otro lado, quien vive solo podría necesitar más y mejor "información" para reducir la incertidumbre que le produce su enfermedad, su mayor vulnerabilidad.

#### Lugar de residencia.

Los usuarios que viven fuera de Barcelona puntuaron mejor al alta que antes del ingreso para el componente "información". Esta circunstancia podría reflejar una actitud más crítica por parte de los habitantes de Barcelona.

#### Reingresos vs primer ingreso.

Se observa una diferencia entre las puntuaciones del Grupo I y el Grupo II entre las personas que ingresan por primera vez para el componente "información". Esta circunstancia puede deberse a que los pacientes nuevos,

demandan y reciben más comunicación positiva <sup>46</sup>.

Por otro lado, la mayor experiencia de los que ya han ingresado facilita su acomodación, el hecho que prevean lo que va a pasar.

Podemos pensar que la experiencia reemplaza las expectativas ideales por otras más prácticas <sup>47</sup>.

Estos hechos son coherentes con la idea de que las expectativas no son estáticas, sino que cambian con el tiempo y la experiencia <sup>8</sup>.

#### Nivel de estudios.

No se observaron diferencias para esta variable en el componente "información".

#### Situación laboral.

No se observaron diferencias para esta variable en el componente "información".

#### 5.2.3.2. *Hernia de la cavidad abdominal.*

Todos los grupos analizados (excepto el de personas activas) puntúan de manera significativa al alta cuando comparamos sus puntuaciones con aquellas previamente al ingreso en el componente "actitud del personal". Este componente debemos asociarlo al contacto personal que el paciente tiene con el personal de enfermería. La asociación de la percepción sobre la enfermería con la satisfacción general está ampliamente documentada <sup>47-48</sup>. Las expectativas son algo cognitivo. El salto a la satisfacción lo da un componente afectivo ligado con la experiencia: Cuando éste es mucho mayor que las expectativas, la acomodación determina la satisfacción final <sup>47</sup>.

El intervalo existente entre expectativas y percepción al alta puede deberse a que, a pesar de haber tenido buenas experiencias anteriores, la relación interpersonal es un componente eminentemente emocional que se olvida con el tiempo. Por otro lado, al efectuar la entrevista (antes del ingreso), las

expectativas son bajas porque la ansiedad es aún baja. Esta aumenta con el episodio asistencial. Durante el ingreso, la relación interpersonal es clave en las percepciones del enfermo. Una última explicación podría ser que, experiencias anteriores, asociadas a personas concretas, fueran consideradas irrepetibles. Este hecho comportaría un bajo nivel de expectativas.

#### Edad.

No se observaron diferencias para esta variable en el componente principal "privacidad".

#### Género.

Una mejor valoración por parte de las mujeres podría explicarse porque éstas parten de expectativas inferiores para el componente principal "privacidad". Su puntuación al alta es mayor. Probablemente, las mujeres otorgan más importancia a este componente.

#### Régimen de convivencia.

Las personas que viven acompañadas puntuaron más al alta la "privacidad" tras la hospitalización. Este fenómeno podría deberse al hecho de que las

personas que viven solas tienen más incertidumbre en relación a su situación al alta, al tener un mayor nivel de dependencia. Esta circunstancia dificultaría que se cumplan sus expectativas.

#### Lugar de residencia.

Los residentes en Barcelona puntuaron, al alta, con notas más altas la "privacidad".

Los hábitos de vida en la ciudad podrían hacer que este grupo fuera menos exigente.

#### Reingresos vs primer ingreso.

Las personas que ya habían estado ingresadas puntuaron con notas más altas la calidad percibida para el componente principal "privacidad", posiblemente por las mejoras introducidas en relación al primer ingreso. En este caso, la experiencia no reduce el intervalo.

Una mejor disposición al ingreso la tienen las personas que ya habían ingresado anteriormente <sup>49-50</sup>.

Breslau y Mortimer <sup>51</sup> observaron que los reingresados expresan un mayor grado de satisfacción.

Por otro lado, la mayor proporción de personas con estudios primarios e inactivas laboralmente de nuestra muestra, que otorgaron puntuaciones superiores al alta, ayuda a interpretar los datos.

#### Nivel de estudios.

Las personas con estudios secundarios o superiores puntuaron con notas más altas la "privacidad" al alta en relación al grupo I, siendo a su vez, sus expectativas previas al ingreso significativamente inferiores en relación a las personas con estudios primarios.

Un nivel superior de educación puede asociarse con una mejor dotación de recursos útiles para preservar la privacidad <sup>52</sup>, reduciéndose las expectativas del paciente, facilitando así el ensanchamiento del intervalo.

Para algunos autores, <sup>53-54</sup>, los pacientes están más contentos si son del mismo estrato social que el médico.

#### Situación laboral.

El grupo de personas inactivas puntuó más alto la "actitud del personal" y la "privacidad" al alta.



Este grupo, tiene una proporción superior de mujeres, reingresos y estudios primarios, circunstancia que ayuda en la interpretación de los datos.

#### 5.2.3.3. Parto.

La diferencia entre las puntuaciones al alta y las puntuaciones antes del parto son estadísticamente significativas ( $p < 0,01$ ) y de signo positivo al opinar sobre la "continuidad" de la asistencia y sobre la "privacidad". En cambio, la diferencia entre las puntuaciones al alta y las puntuaciones antes del parto son estadísticamente significativas ( $p < 0,01$ ) y de signo negativo al opinar sobre la "información".

No se observaron diferencias significativas entre las puntuaciones previas al ingreso y las puntuaciones al alta para los componentes "satisfacción global" y "hostelería".

Podríamos decir que la dimensión "satisfacción general" es poco discriminativa, incluso en grupos diagnóstico-específicos.

Los resultados más destacados al explicar las diferencias encontradas según las variables de filiación son:

Edad.

El grupo menor de 31 años no vio cumplidas sus expectativas en "información" y sí en el componente "continuidad".

Las mujeres con más de 30 años registraron puntuaciones más altas de calidad percibida en "privacidad".

Una mayor edad se asocia frecuentemente con mayor satisfacción <sup>8, 36, 40, 47-48, 52, 55-63</sup>, si bien otros autores <sup>64-65</sup> afirman una relación inversa y otros no encuentran relación <sup>39, 66-67</sup>.

Por otro lado, Hall <sup>43</sup> observó que se da más información a las personas de edad, aunque éstas son menos asertivas <sup>68-69</sup>

La "continuidad" puede ser mejor percibida por las mujeres jóvenes, más informadas.

Con la edad, nuestro acomodo a las diferentes situaciones es mayor, concretamente para aspectos de "privacidad". La experiencia reemplaza las expectativas ideales por otras más prácticas y probablemente, más realistas <sup>47</sup>.

Como soluciones a problemas de información, Bertakis apunta las

siguientes <sup>70</sup> : el uso de silencios, de palabras del propio paciente y de interrupciones aclaratorias. Estas estrategias se asocian con un mayor grado de satisfacción.

#### Lugar de residencia.

Las mujeres residentes en Barcelona post-hospitalizadas puntúan más alto que antes del ingreso, de forma estadísticamente significativa ( $p < 0,05$ ) en el componente principal "continuidad".

En nuestra muestra, el grupo de mujeres residentes en Barcelona incluía un mayor porcentaje de mujeres multíparas. Este grupo, que parte de bajas expectativas, podría ver modulada su percepción por una mayor facilidad de adaptación a un medio conocido.

#### Primíparas versus multíparas.

Las mujeres primíparas satisfacen en mayor medida sus expectativas para el componente principal "privacidad". Las primíparas pueden ser más tolerantes al ruido, celebran de modo más acusado la libertad de acceso de las visitas y posiblemente, son más comprensivas y sensibles con las normas de habitabilidad

establecidas. En cambio, las multíparas, con experiencias anteriores, cambian en menor medida su opinión sobre la "privacidad".

Para el componente "información", las primíparas post-hospitalizadas puntúan con notas más bajas en relación a las puntuaciones otorgadas antes del ingreso. Esta circunstancia, apoyada en puntuaciones altas antes del ingreso, puede ser debida al desconocimiento por parte de la mujer primípara de la naturaleza de los contenidos de los que requerirá información al alta, pero que no se tienen en cuenta antes de un primer ingreso. En este caso (expectativas no articuladas), los beneficios de una política educativa serían especialmente efectivos para adecuar las expectativas a la realidad, generando satisfacción.

Las mujeres multíparas dan una puntuación más alta al abandonar el hospital para la dimensión "continuidad" en relación a las puntuaciones otorgadas antes del ingreso. La experiencia facilita el acceso a la información por parte de las mujeres multíparas, aunque, para las mujeres que

acuden para su segundo parto, sus expectativas pueden ser bajas por el recuerdo de la experiencia anterior. Por otro lado, la sensación de confort físico al alta puede ser menor tras el primer parto. Por último, la posibilidad de comparar el servicio permite detectar en la paciente las mejoras efectuadas en los últimos años.

Para Doering <sup>47</sup>, no hay asociación entre reingreso y satisfacción. Para otros autores <sup>50, 71-72</sup>, los pacientes que reingresan en un centro hospitalario están más contentos que los que lo hacen por primera vez.

#### Nivel de estudios.

En cuanto a la "privacidad", el grupo de mujeres con estudios universitarios esperan menos que el grupo de mujeres no universitarias.

El grupo de mujeres con estudios universitarios puede ser más crítico en relación a la habitabilidad. Probablemente, la elevada oferta asistencial privada para las mujeres embarazadas (posibilidad de estar en una habitación individual, poder estar más

tiempo con su hijo recién nacido, etc.) reduce sus expectativas en nuestro medio. Así, éstas son más fáciles de satisfacer. Para la "información", las expectativas superan de forma significativa la percepción en el grupo de mujeres sin estudios universitarios.

Este hecho puede deberse a que las mujeres con estudios universitarios comprenden mejor la información que se les da, y tienen más elementos para requerirla cuando lo consideran necesario. Así, las mujeres que carecen de estudios universitarios, ven insatisfechas, en menor medida, sus expectativas previas al ingreso. Menos educación puede relacionarse con menos información y a su vez, con un estado mayor de ansiedad.

La información se relaciona directamente con la satisfacción general <sup>8, 40, 54, 68, 73-74</sup> y se constituye, en nuestra opinión, en la clave para generar satisfacción en los usuarios, ya sea adecuando sus expectativas o mejorando la calidad percibida por éstos.

Las mujeres que carecen de estudios universitarios puntúan más alto el componente principal "continuidad" al alta en relación a las puntuaciones previas al ingreso. Niveles inferiores de educación parecen asociarse con mayor satisfacción de nuestras expectativas.

La continuidad de cuidados se relaciona más fuertemente con satisfacción entre los más educados <sup>75</sup>. Podríamos pensar que a niveles inferiores de educación facilitar la continuidad de cuidados no es tan valorado como ser atendidos cuando lo necesiten.

En general, las mujeres universitarias pertenecen a clases sociales más elevadas. Diversos autores,<sup>43, 47, 60, 63, 76-78</sup> destacan una relación directa entre el nivel de vida y la satisfacción. Otros, no han encontrado relación entre estas determinaciones <sup>39-40, 47, 55, 58, 66-67</sup>.

Esta asociación podría deberse a una mejor comprensión de la información facilitada, a la capacidad o al interés por escuchar.

Diversos autores <sup>65, 76-77, 79</sup> asocian un mayor nivel de estudios con una mayor



satisfacción, mientras otros<sup>8, 39, 55, 59, 67, 78, 80</sup> no encuentran relación entre ambas variables y otros<sup>52, 62, 81</sup> observaron una relación inversa.

#### Situación laboral.

El componente "privacidad" es percibido al alta de forma significativamente mayor por el grupo de mujeres activas laboralmente. En ese mismo componente, el grupo de mujeres activas laboralmente esperan menos (puntuación menor en la primera fase) que el grupo de mujeres inactivas.

Las mujeres trabajadoras pueden valorar más la libertad de visitas cuando éstas han de venir de sus compañeros de trabajo. Por otro lado, menores expectativas son más fáciles de satisfacer.

Para el componente principal "información", las expectativas superan de forma significativa la percepción en el grupo de mujeres trabajadoras.

Las mujeres que no trabajan dan una puntuación más alta a la calidad percibida una vez abandonan el hospital en relación a sus expectativas previas del componente "continuidad". Para el mismo componente, el

grupo de mujeres inactivas puntúa más alto que el grupo de mujeres trabajadoras al abandonar el hospital. Un mayor porcentaje de multíparas y de mujeres sin estudios universitarios en este grupo podría enmascarar la interpretación de los resultados.

### 5.3. Comentario final

Durante la elaboración de esta tesis doctoral se han generado 4 artículos científicos <sup>37, 82-84</sup>, que reflejan aspectos parciales de la misma.

Asimismo, durante el desarrollo de este trabajo fueron recogidas algunas soluciones (oportunidades de mejora) que podrían incidir en la satisfacción del usuario a través de la mejora del servicio ofrecido. Algunas de estas acciones de mejora se apuntan a continuación:

- Compartir el baño con personas del propio sexo, que no hagan sentir incómodo al usuario cuando esté desnudo.
- Compartir la habitación con una persona como máximo y que ésta sea de características similares (edad, diagnóstico, etc.)
- El personal médico y de enfermería llamará al enfermo por su nombre (apellido).
- Identificar correctamente al personal del hospital por su función.
- Telefonar a los usuarios en lista de espera para advertirles del tiempo de demora.
- Facilitar auriculares para escuchar la televisión y evitar las quejas del compañero de habitación.
- Establecer criterios para elegir habitación: televisión, otras facilidades hoteleras, ...
- Revisar los criterios de priorización en la lista de espera. Por ejemplo, para los usuarios diagnosticados

de catarata, ser mayor de 70 años comporta la renovación anual del carnet de conducir. También cabría considerar criterios de proximidad geográfica, visibilidad del otro ojo o afectación laboral.

- Obtener el permiso del paciente antes de que sea visitado por un estudiante u otro personal no conocido.

- Evitar que las personas con bata blanca obvien la espera en la consulta externa.

- Facilitar que en el parto haya una cara conocida: es un procedimiento en que la usuaria está consciente, dura más y es más íntimo que una intervención quirúrgica.

- Evitar que los familiares usen el WC de los pacientes.

- En el parto, evitar "el minuto del abandono": las pacientes, desnudas, esperan que alguien les diga algo: la soledad da miedo y el miedo da dolor.

- Adecuar las expectativas de los usuarios, mediante la información y/o la educación sanitaria. Por ejemplo, informar a los pacientes y a sus familiares en cuanto a las expectativas reales de los tiempos de espera, las posibles limitaciones tanto de la asistencia como de la habitabilidad del centro, etc.

- Difundir la información de forma diagnóstico-específica, adecuándola al nivel cultural del receptor.

- . Reducir el tiempo de respuesta al usuario que presenta un escrito de reclamación.
- . Mejorar la recogida de datos de las altas voluntarias, para hacer posible una evaluación detallada de los motivos que conducen al usuario a solicitar el alta voluntaria.
- . Difundir y discutir los derechos del enfermo usuario del hospital entre los propios profesionales y entre los usuarios.
- . Programar cursos de atención al cliente para el personal de primer contacto.
- . Difundir y discutir los resultados de las encuestas de opinión por área asistencial.
- . Aumentar el porcentaje de preavisos de ingreso anteriores a 48 horas.
- . Educar al personal sanitario acerca de las creencias, grupos culturales concretos y prácticas de la población atendida en el hospital.
- . Enseñar al personal sanitario a comunicar con el paciente y sus familiares, intentando así disminuir su ansiedad y los miedos originados por su estancia en el centro sanitario.
- . Promover la participación del usuario en las decisiones clínicas que afecten a su estado de salud. Hacerle partícipe de su diagnóstico, tratamiento y controles a seguir.

- Educar a los profesionales sanitarios para que sean buenos comunicadores. Saber distinguir a los pacientes que quieren recibir una buena información y participar en la toma de decisiones relativas a su salud y los pacientes que sólo quieren saber, pero no participar en la toma de decisiones. Que los pacientes no pregunten no quiere decir que no tengan interés, sino que tienen miedo a preguntar, a mostrar su ignorancia y a conocer la verdad.
- Facilitar el acceso a las bibliotecas médicas del hospital a los pacientes y a sus familiares y no restringir el uso al personal sanitario exclusivamente.
- Identificar y eliminar las barreras burocráticas entre los diferentes servicios y estamentos hospitalarios, para que el paciente no tenga la sensación que los médicos no se comunican entre ellos.
- Dar a los pacientes información visual o escrita que ayude a identificar los miembros del equipo sanitario, explicando sus funciones e identificando el personal sanitario responsable de sus cuidados.
- Poder elegir el menú siempre que el diagnóstico lo permita.
- Evitar un exceso de batas blancas y de caras desconocidas, procurando mayor intimidad al paciente.
- Facilitar la accesibilidad al médico por parte de los pacientes y sus familiares. Evitar los pasillos

para dar la información a los familiares de los pacientes ingresados.

- Identificar el personal y el horario responsable de la información al paciente.

La oportunidad de centrar los estudios de calidad en la calidad percibida por el usuario permite priorizar a partir de los resultados obtenidos, los objetivos de gestión, incorporando las expectativas del usuario en nuestros órganos directivos. Esta circunstancia puede implicar una mejora del bienestar social en términos de salud percibida y de adecuación de la asistencia, siendo máximo el número de potenciales receptores de la mejora y variada su tipología.

## 6. CONCLUSIONES.

La realización de este trabajo de investigación nos ha permitido obtener las siguientes conclusiones:

1. Los grupos de entrevista semi-estructurada han supuesto un método aplicable en nuestro entorno socio-cultural y hospitalario y pueden representar una importante ayuda en la gestión de la calidad hospitalaria.

2. Los grupos de entrevista semi-estructurada o grupos de discusión representan un proceso de escucha que traduce una imagen positiva de la organización y permite elaborar un cuestionario final adaptado terminológicamente al vocabulario utilizado por los clientes.

3. El cuestionario asistido con un entrevistador es un buen método para la recogida de datos, puesto que permite obtener un elevado porcentaje de respuestas, el entrevistador puede clarificar las preguntas y preservar el orden de las mismas, la secuencia de temas y de tiempo.

4. Los ítems que considera el SERVQUAL requieren una adaptación específica al sector sanitario y a nuestra realidad sociocultural, para que puedan ser entendidos de forma unívoca por nuestros usuarios.



5. La opinión del usuario está condicionada por el diagnóstico motivo de ingreso y permite detectar de un modo más preciso las necesidades del cliente.

6. Las dimensiones que reducen los artículos de satisfacción (las preguntas) para los efectivos diagnosticados de catarata son: el seguimiento asistencial, la información, la privacidad, la actitud del personal y la comida.

7. Las dimensiones que reducen los artículos de satisfacción (las preguntas) para los sujetos diagnosticados de hernia son: la información, la actitud del personal, el resultado de la asistencia, la comida y la privacidad.

8. Las dimensiones que reducen los artículos de satisfacción (las preguntas) para las señoras embarazadas son: la satisfacción general, la información, la continuidad, la privacidad y la hostelería.

9. Los cuestionarios deben aplicarse a grupos diagnóstico-específicos. La evaluación de la calidad percibida ha de ser específica, diferenciada y multidimensional.

### Diferencias según diagnóstico.

#### 10. Catarata.

Las dimensiones identificadas tras análisis factorial fueron las siguientes: seguimiento asistencial, información, privacidad, actitud del personal y comida.

La diferencia entre las puntuaciones al alta y las puntuaciones antes del ingreso son significativas y de signo positivo al opinar sobre la "información".

Las variables de filiación que explican las diferencias para esa dimensión son: género, régimen de convivencia, lugar de residencia y reingreso.

#### 11. Hernia.

Las dimensiones identificadas tras análisis factorial fueron las siguientes: información, actitud del personal, resultado de la asistencia, comida y privacidad.

La diferencia entre las puntuaciones al alta y las puntuaciones antes del ingreso son significativas y de signo positivo al opinar sobre la "actitud del personal" y sobre la "privacidad".

Las variables de filiación que explican las diferencias para esas dimensiones son: edad (sólo para la "actitud del personal"), género, régimen de convivencia, lugar de residencia, reingreso, nivel de estudios y situación laboral.

## 12. Parto.

Las dimensiones identificadas tras análisis factorial fueron las siguientes: satisfacción general, información, continuidad, privacidad y hostelería.

La diferencia entre las puntuaciones al alta y las puntuaciones antes del ingreso son significativas y de signo positivo al opinar sobre la "continuidad" y la "privacidad".

En cambio, la puntuación al alta es inferior a la puntuación previa al ingreso para el componente "información".

Las variables de filiación que explican las diferencias para esas dimensiones son: edad, lugar de residencia (sólo para el componente principal "continuidad"), calidad de primípara, nivel de estudios y situación laboral.

13. Conocer la diferencia entre las puntuaciones previas al ingreso y las puntuaciones posteriores al alta de los pacientes según diagnóstico motivo de ingreso es una herramienta útil para mejorar la calidad hospitalaria, dirigiendo y priorizando los esfuerzos en los Servicios relacionados.

14. La evaluación y la mejora de la calidad percibida por el usuario representan un reto inaplazable en un futuro caracterizado por una competitividad que entendemos como estímulo para lograr la excelencia en la atención integral del cliente hospitalario.

## 7. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

- 1.Lledó R, Prat A. Calidad asistencial. En: Asenjo MA, Bohigas Ll, Trilla A, Prat A. Gestión diaria del hospital. Masson S.A. Barcelona 1998
- 2.Ley 14/1986 de 25 de abril, General de Sanidad. B.O.E. 102 de 29 de abril de 1986
- 3.Lohr KN. Medicare: a strategy for quality assurance, vol. II. National Academy Press. Washington D.C. 1990
- 4.Plan de Salud de Cataluña 1993-1995. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Barcelona 1993
- 5.Plan de Salud de la región sanitaria de Barcelona ciudad 1996-1998. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Servei Català de la Salut. Barcelona 1997
- 6.Grupo en Cataluña de la Sociedad Española de Atención al Usuario de la Sanidad. Derechos del enfermo del hospital: Conocimiento y percepción sobre su cumplimiento por parte del profesional. Revista Clínica Española 1998; 198(11): 730-735
- 7.Lledó R, Vilella A, Baré ML, Bayas JM, Prat A, Asenjo MA. La importancia de las encuestas de opinión a los usuarios del hospital sobre la calidad asistencial. Todo Hospital. 1992; 87: 9-11
- 8.Locker D, Dunt D. Theoretical and methodological issues in sociological studies of consumer satisfaction with medical care. Soc Sci Med. 1978 (jul); 12A: 283-292
- 9.Ware JE Jr, Snyder MK. Dimensions of patient attitudes regarding doctors and medical care services. Med. Care. 1975; 8 (8): 669-682
- 10.Like R, Zyzansky SJ. Patient satisfaction with the medical encounter: social psychological determinants. Soc Sci Med. 1987; 24: 351-357
- 11.Linder-Pelz S. Social psychological determinants of patient satisfaction: a test of five hypotheses. Soc Sci

- Med. 1982; 15: 583-589
12. Abramowitz S, Cote AA, Berry E. Analyzing patient satisfaction: a multianalytic approach. QRB. 1987 (april); 122-130
  13. Linder-Pelz S. Toward a theory of patients satisfaction. Soc Sci Med. 1982; 16: 577-582
  14. Institut d'Estudis Catalans. Diccionari de la llengua catalana. Enciclopedia Catalana, S.A. Barcelona 1995
  15. Asenjo MA, Lledó R, Trilla A. Quality of care and quality assessment in spanish hospitals. Clinical Performance and Quality of Health Care 1994; 2(2): 97-99
  16. Thompson A, Suñol R. Expectations as determinants of patient satisfaction: concepts, theory and evidence. Quality assurance in health care 1995, 7; 2: 127-41
  17. Zeithaml VA, Parasuraman A, Berry LL. Calidad total en la gestión de servicios. Ed. Díaz de Santos, S.A. Madrid 1993
  18. Hospital Clínic. Programa de calidad. Documento interno
  19. Likert R.. A technique for measurement of attitudes. Archives of Psychology. Monograph nº 140, 1932
  20. Hospital Clínic. Memoria 1996. Volumen I
  21. CIM-9-CM. Classificació Internacional de Malalties, 9ª revisió, modificació clínica. Ed. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Barcelona 1993
  22. Krueger, RA. El grupo de discusión. Guía práctica para la investigación aplicada. Ed. Pirámide, Madrid 1991
  23. Fisher L D, Van Belle G. Biostatistics. A methodology for the health sciences. John Wiley and sons, inc., New York 1993
  24. Colton TH. Estadística en medicina. Masson-Salvat Medicina, Barcelona 1992
  25. Hospital Clínic y Provincial de Barcelona. Memoria 1994, Volumen I
  26. Smith JA, Scammon DL, Beck SL. Using patient focus groups for new patient services. Journal of Quality

- Improvement 1995, 21; 1: 22-31
- 27.Ozaki K, Asaka T. Manual de herramientas de calidad. Productivity Press, Cambridge 1990
  - 28.Lledó R, Herver P, García A, Güell J, Setoaín J, Asenjo MA. Information as a fundamental attribute among outpatients attending the nuclear medicine service of a university hospital. Nucl Med Commun 1995; 16: 76-83
  - 29.Parasuraman A, Zeithaml VA, Berry Ll. SERVQUAL: a multiple-item scale for measuring consumer perceptions of service quality. J of Retailing, 1988, 64 (1); 12-40
  - 30.Parasuraman A, Berry Ll, Zeithaml VA. Understanding customer expectations of service. Sloan Management Rev, 1991; 39-48
  - 31.Zeithaml VA, Parasuraman A, Berry Ll. Calidad total en la gestión de servicios. Ed. Díaz de Santos, S.A. Madrid 1993
  - 32.Hall JA, Dornan MC. What patients like about their medical care and how often they are asked: a meta-analysis of the satisfaction literature. Soc Sci Med, 1988; 27: 935-939
  - 33.Oliver RL. Cognitive, affective and attribute bases of the satisfaction response. J of Consumer Research 1993, 20: 418-430
  - 34.Aday LA, Anderson R. A framework for the study of access to medical care. Health Serv Res. 1974; 9: 208-220
  - 35.Ware JE Jr, Snyder MK, Wright R, Davies A. Defining and measuring patient satisfaction with medical care. Evaluation & Program Planning. 1983; 6: 247-263
  - 36.Like R, Zyzansky SJ. Patient satisfaction with the medical encounter: social psychological determinants: Soc Sci Med. 1987; 24: 351-357
  - 37.Lledó R, Prat A, Losa J, Vendrell E, Trilla A, Asenjo MA. Evaluación de las expectativas de los pacientes antes del ingreso en un centro de tercer nivel. Med Clin (Barc) 1998; 111: 211-215

- 38.Linn Ls, DiMatteo MR, Chang BL, Cope DW. Consumer values and subsequent satisfaction ratings of physician behavior. *Med Care*. 1984 (sep); 22 (9): 804-812
- 39.Greenley JR, Schoenherr RA. Arganization effects on client satisfaction with humaneness of service. *J Health Soc Behav*. 1981; 22: 2-18
- 40.DiMatteo MR, Hays R. The significance of patients' perceptions of physician conduct: a study of patient satisfaction in a family practice center. *J of Community Health*. 1980; 6: 18-34
- 41.Hall JA, Roter DL, Rand CS. Communication of affect between patient and physician. *J Health Soc Behav*. 1981; 22:18-30
- 42.Cronbach LJ, Furby L. How we should measure "change" - or should be-? *Psychol Bull*. 1970; 74 (1): 68-80
- 43.Hall JA, Roter DL, Katz NR. Meta analysis of correlates of provider behavior in medical encounters. *Med Care*. 1988; 26: 657-675
- 44.Wallen J, Waitzkin H, Stoeckle JD. Physician stereotypes about female health and illness: a study of patient's sex and the informative process during medical interviews. *Women's Health*. 1979; 4: 135
- 45.Dindia K, Allen M. Sex differences in self-disclosure: a meta-analysis. *Psychol Bull*. 1992; 112: 106-124
- 46.Roter DL, Hall JA, Katz NR. Patient-physician communication: A descriptive summary of the literature. *Patient Education and Counseling*. 1988; 12: 99-119
- 47.Doering ER. Factors influencing inpatient satisfaction with care. *QRB*. 1983; 9(10): 291-299
- 48.Ware JE Jr, Berwick DM. Conclusions and recommendations. *Med Care*. 1990 (sep); 28 (9): s39-40
- 49.Nelson-Wernick E, Currey HS, Taylor PW, Woodbury ME, Cantor A. Patient perception of medical care. *Health Care Manage Rev*. 1981 winter; 6: 65-72
- 50.Lochman JE. Factors related to patients's satisfaction with their medical care. *J of Community Health*. 1983;



- 9(2): 91-109
51. Breslau N, Mortimer EA. Seeing the same doctor: determinants of satisfaction with specialty care for disabled children. *Med Care*. 1981; 19: 741-757
52. Fox JG, Storms DM. A different approach to sociodemographic predictors of satisfaction with health care. *Soc Sci Med*. 1981; 15(A): 557-564
53. Ross CE, Mirowsky J, Duff RS. Physician status characteristics and client satisfaction in two types of medical practice. *J Health Soc Behav*. 1982; 23: 317-329
54. DiMatteo MR, Hays RD, Prince LM. Relationship of physicians' nonverbal communication skill to patient satisfaction, appointment noncompliance and physician workload. *Health Psychology*. 1986; 5: 581-594
55. Romm FJ, Hulka BS. Care process and patient outcome in diabetes mellitus. *Med Care*. 1979; 17: 748-757
56. Alpert JJ, Kosa J, Haggerty RJ, Robertson LS, Haegarty MC. Attitudes and satisfactions of low-income families receiving comprehensive pediatric care. *Am J Public Health*. 1970; 60: 499-506
57. Rojeck D, Clemente F, Summers CF. Community satisfaction: a study of contentment with local services. *Rural Sociol*. 1975; 40: 177
58. Koos E. "Metropolis"-What city people think of their medical services. *Am J Public Health*. 1955; 45: 1551-1557
59. Linn LS. Factors associated with patient evaluation of health care. *Milbank Memorial Fund Quarterly: Health & Society*. 1975; 4: 531-548
60. Pope CR. Consumer satisfaction in a health maintenance organization. *J Health Soc Behav*. 1978; 19: 291-303
61. Hall JA, Irish JT, Roter DL, Ehrlich CM, Miller LH. Satisfaction, gender and communication in medical visits. *Med Care*. 1994; 32(12): 1216-1231
62. Hall JA, Dornan MC. Patient sociodemographic characteristics as predictors of satisfaction with

- medical care: a meta-analysis. Soc Sci Med. 1990; 30(7): 811-818
63. Raphael W. Do we know what the patients think?. Int J Nurs Stud. 1967; 4: 209
64. Kirscht JP, Haefner DP, Kegeles SS, Rosenstock IM. A national study of health beliefs. J Health Human Behavior. 1966; 7: 248
65. Hulka BS, Kupper LL, Cassel JC, Babineau RA. Practice characteristics and quality of primary medical care: the doctor-patient relationship. Med Care. 1975; 13: 808
66. Suchman EA. Stages of illness and medical care. J Health Human Behavior. 1965; 6: 114
67. Tessler R, Mechanic D. Consumer satisfaction with prepaid group practice: a comparative study. J Health Soc Behav. 1975; 16: 95-113
68. Lebow J. Consumer assessments of the quality of medical care. Med Care. 1974 (april); XII (4): 328-337
69. Cleary PD, Edgman-Levitan S, Mc Mullen W, Delbanco TL. The relationship between reported problems and patient summary evaluations of hospital care. QRB. 1992 (feb); 18 (2): 53-59
70. Bertakis KD, Roter DL, Putnam SM. The relationship of physician medical interview style to patient satisfaction. J Fam Pract. 1991; 32: 175-181
71. Fleming GV. Hospital structure and consumer satisfaction. Health Serv Res. 1981 spring; 16(1): 43-63
72. Pascoe GC. Patient satisfaction in primary health care: a literature review and analysis. Evaluation & Program Planning. 1983; 6: 185-210
73. Bartlett EE, Grayson M, Barker R, et al. et al. The effects of physician communication skills on patient satisfaction, recall and adherence. J of Chronic Diseases. 1984; 37: 755-764
74. Bertakis KD. The communication of information from physician to patient: a method for increasing patient retention and satisfaction. J Fam Pract. 1977; 5(2):

- 217-222
75. Doyle B, Ware JE Jr. Physician conduct and other factors that affect consumer satisfaction with medical care. *J Med Educ.* 1977 (oct); 52: 793-801
  76. Apostle DA, Oder F. Factors than influence the public's view of medical care. *JAMA.* 1967; 202: 592
  77. Gerst A, Rogson L, Hetherington R. Patterns of satisfaction with health plan coverage: a conceptual approach. *Inquiry.* 1969; 6: 37-51
  78. Korsch BM, Gozzi EK, Francis V. Gaps in doctor-patient communication: I. Doctor-patient interaction and patient satisfaction. *Pediatrics.* 1968 (nov); 42: 855-871
  79. Hulka BS, Zyzanski SJ, Cassel JC, Thompson SJ. Satisfaction with medical care in a low income population. *J of Chronic Diseases.* 1971; 24: 661
  80. Bashshur RL, Metzner CA, Worden C. Consumer satisfaction with group practice, the CHA case. *Am J Public Health.* 1967; 57: 1991
  81. Zapka J, Palmer RH, Hargraves JL, Nerenz D, Frazier H, Cheryl K, Warner Ch. Relationships of patient satisfaction with experience of system performance and health status. *J Ambulatory Care Manage.* 1995; 18(1): 73-83
  82. Lledó R, Rodríguez T, Fontenla JR, Pita D, Prat A, Asenjo MA. Cataract surgery: an analysis of patient satisfaction with medical care. *International Ophthalmology* 1999; 22: 227-232
  83. Lledó R, Rodríguez T, Trilla A, Cararach V, Restuccia J, Asenjo MA. Perceived quality of care in pregnancy: assessment before and after delivery. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 2000; 88: 35-42
  84. Lledó R, Rodríguez T, Targarona E, Trias M, Trilla A, Asenjo MA. Perceived quality of care of inguinal hernia repair: assessment before and after the procedure. *International Surgery* 2000; 85: 82-87

## 8. ANEXOS.

**Anexo 1.**

Invitación a participar en la sesión grupal. Carta enviada a los efectivos seleccionados a partir de la lista de espera.

27 de Octubre de 1994.

Señor / Señora,

El Hospital Clínico y Provincial incorpora progresivamente la opinión de sus pacientes al funcionamiento del Centro, con objeto de detectar aquellos aspectos que puedan ser mejorados y ofrecer así una calidad de servicio óptima.

En ese momento, la Dirección del Hospital se propone reunir un grupo de pacientes que han sido escogidos al azar y entre los cuales se encuentra Usted, con objeto de conocer personalmente sus expectativas respecto al servicio que va a recibir y para escuchar las sugerencias que nos pueda hacer.

Por este motivo, le invitamos a un encuentro de 2 horas de duración junto a otros pacientes, que tendrá lugar entre los días 7 de noviembre y 16 de diciembre.

Unos días después de recibir esta carta, nos pondremos en contacto con Usted para confirmar su asistencia.

Agradeciendo de antemano su colaboración, reciba un cordial saludo.

Atentamente,

Dr. Rafael Lledó  
Coordinador Evaluación de Calidad

**Anexo 2.**

Consentimiento para filmar la sesión.

Para el Hospital Clínic es importante conocer su opinión para poder mejorar aquellos aspectos donde usted detecte deficiencias. Con este objetivo, las sesiones serán filmadas en vídeo para aprovechar al máximo sus valoraciones. Esta opinión es expresada de forma voluntaria y será tratada sólo por el equipo investigador.

Yo, \_\_\_\_\_ manifiesto mediante este escrito que acepto ser filmado/a en vídeo para que mi opinión sea analizada junto con la de otros pacientes.

Barcelona, a \_\_ de \_\_\_\_\_ de 199\_.



**Anexo 3.**

Definición de las variables previstas entre las alternativas de respuesta de los efectivos incluidos en el estudio.

1. Apariencia de las instalaciones: Aspecto exterior de una cosa.
2. Limpieza de las instalaciones: Calidad de limpio.
3. Comodidad de las instalaciones, de la habitación: Calidad de cómodo. Cosas necesarias para estar a gusto.
4. Comida: Alimento especialmente el cotidiano y principal del día. Alimento que se toma habitualmente.
5. Silencio. Respeto al descanso: Abstención de hablar. Falta de ruido.
6. Televisión: Utilización del servicio de televisión: pago y disponibilidad. (Distinguir de ruido).
7. Claridad de las señalizaciones: Calidad de claro. Distinción con que percibimos las señalizaciones y las ideas.
8. Accesibilidad: Calidad de accesible. "Accesible" que tiene acceso o fácil entrada. Incluye los trámites administrativos.
9. Pulcritud del personal: Esmero, cuidado, aseo.
10. Horario y calendario adecuado. Atención rápida: Perteneciente a las horas. Indicador de las horas en que deben ejecutarse determinados actos.
11. Cumplimiento del compromiso: Acción y efecto de cumplirse. Perfección en el modo de obrar o de hacer una cosa. Satisfacer aquello que se prometió.
12. Visitas de familiares y amigos: Acción de visitar. La que se hace como muestra de cortesía. Referido a las

visitas efectuadas por los acompañantes de familiares o amigos de pacientes.

13. Relación coste / beneficio: económico, social y/o profesional. Lo que se da o se paga por una cosa.

14. Interés por la resolución. Disponibilidad de apoyo psíquico o social: Respuesta frente a necesidades personales del paciente durante el periodo en que está ingresado. Personal suficiente.

15. Interés por la resolución. Disponibilidad de apoyo: Inclínación del ánimo hacia una persona o una cosa. La iniciativa parte del profesional de la salud. Respuesta frente a necesidades personales del paciente durante el periodo en que está ingresado.

16. Disposición a la demanda, a dar explicaciones: Aptitud, proporción para algún fin. La iniciativa parte del enfermo.

17. Comunicación, que me escuchen: Acción y efecto de comunicar o comunicarse. Trato o correspondencia entre dos personas.

18. Acogida: Recibimiento, u hospitalidad que ofrece una persona o un lugar, entendiéndose en el acompañamiento del enfermo en su ingreso. Incluye el proceso de admisión.

19. Información sobre el diagnóstico, tratamiento y pruebas: Conjunto de signos que sirven para fijar el carácter peculiar de una enfermedad. Relativo al tratamiento.

20. Información acerca de servicios del hospital, religiosos, sociales, etc.: Destinado a cuidar intereses o satisfacer necesidades del público o de alguna entidad. Oferta del hospital a sus clientes.

21. Seguimiento y control posthospitalización: Acción de seguir. Información acerca de las visitas sucesivas - tratamiento a seguir en el domicilio.

22. Atención individualizada. Dignidad, intimidad: Acción y efecto de atender. Cortesanía, urbanidad. Dignidad: Calidad de digno (conforme, proporcionado al mérito, a la condición de una persona o cosa). Intimidad: Carácter muy personal.

23. Identificación del personal: Acción de identificar. "Identificar": Reconocer si una persona o cosa, es la que se supone o busca.

24. Comprensión de la necesidad: Facultad, capacidad o perspicacia para entender y penetrar en las cosas.

25. Amabilidad, trato: Persona afable, afectuosa, complaciente.

26. Acompañamiento del enfermo por parte de amigos y/o familiares: Acción y efecto de acompañar o acompañarse. Ayudar en la comida - higiene u otros aspectos relativos al enfermo.

27. Información previa al ingreso: Acción de informar o informarse antes de ingresar en el hospital.

28. Precisión. Logros físicos: Obligación o necesidad indispensable que fuerza a ejecutar una cosa.

Determinación, exactitud en el diagnóstico y pronóstico en la evolución de la enfermedad.

29. Continuidad en la atención del proceso asistencial: Unión natural que tienen entre sí las partes del continuo. "Continuo", que dura, obra o se hace sin interrupción. Aplicarse las cosas que tienen unión entre sí. Todo compuesto de partes unidas entre sí.

30. Confianza, credibilidad: Esperanza firme que se tiene en una persona o cosa. Persona en quién se puede confiar. Dícese de aquello que es recomendable para el fin a que se destina.

31. Disminución de riesgos: Ausencia de complicaciones.

32. Profesionalidad, competencia técnica: Empleo, facultad u oficio desarrollado en base a la preparación y experiencia.

33. Satisfacción general: Acción de satisfacer o satisfacerse. Razón o acción con que se sosiega y responde a una queja o sentimiento. Cumplimiento del deseo.

**Anexo 4.**

Hoja de recogida de datos. Análisis de las cintas de vídeo.

INTERVENCIÓN (MINUTOS, NÚMERO EFECTIVO)	TANGIBLES				INTANGIBLES				INTERPRETABLES				
	INSTALACIONES	SEÑALIZACIÓN	PERSONAL	ORGANIZACIÓN	ORGANIZACIÓN	ACTITUD	INFORMACIÓN	EMPATÍA	SOPORTE FAMILIA	INFORMACIÓN PREVIA	FIABILIDAD	CONFIANZA	GARANTÍA
1	APARIENCIA INSTALACIONES												
2	LIMPIEZA INSTALACIONES												
3	COMODIDAD INSTALACIONES (HABITACIÓN) E INTIMIDAD												
4	COMIDA												
5	SILENCIO, RESPETO AL DESCANSO												
6	TELEVISIÓN												
7	CLARIDAD												
8	ACCESIBILIDAD												
9	PULCRITUD (ENFERMERÍA, MÉDICOS, NO ASISTENCIALES)												
10	HORARIO Y CALENDARIO ADECUADO, ATENCIÓN RÁPIDA												
11	CUMPLIMIENTO COMPROMISO												
12	VISITAS DE FAMILIARES Y AMIGOS (COMPAÑERO HABITACIÓN)												
13	COSTES / BENEFICIO												
14	INTERÉS POR LA RESOLUCIÓN. DISPONIBILIDAD DE APOYO												
15	INTERÉS POR LA RESOLUCIÓN. DISPONIBILIDAD DE APOYO												
16	DISPOSICIÓN A LA DEMANDA, A DAR EXPLICACIONES												
17	COMUNICACIÓN, QUE ME ESCUCHEN												
18	ACOGIDA												
19	DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO Y PRUEBAS												
20	SERVICIOS HOSPITAL: RELIGIOSOS, SOCIALES, ...												
21	SEGUIMIENTO Y CONTROL POSTHOSPITALIZACIÓN												
22	ATENCIÓN INDIVIDUALIZADA: DIGNIDAD, INTIMIDAD												
23	IDENTIFICACIÓN MÉDICO, ENFERMERA, NO ASISTENCIAL												
24	COMPENSIÓN NECESIDAD												
25	AMABILIDAD, TRATO, CORTESÍA, CORDIALIDAD, HUMANIDAD												
26	ACOMPANAMIENTO												
27	INFORMACIÓN PREVIA												
28	PRECISIÓN												
29	CONTINUIDAD EN LA ATENCIÓN DEL PROCESO ASISTENCIAL												
30	CONFIANZA, CREDIBILIDAD												
31	DISMINUCIÓN RIESGOS												
32	PROFESIONALIDAD												
33	SATISFACCIÓN GENERAL												
<b>OBSERVACIONES</b>													

COMENTARIOS:

**Anexo 5.**

Cuestionarios preliminares.



13.12.95 (V1)

**FASE CUANTITATIVA (SEGUNDA).**

**BORRADOR CUESTIONARIO SOBRE EXPECTATIVAS.**

Objetivo: Conocer el grado de concordancia o discrepancia entre expectativas y percepciones de los clientes de un servicio para detectar las deficiencias en cada uno de los criterios de calidad.

Los enunciados descritos a continuación son posibles preguntas referidas a los aspectos definidos, identificados con un número. Las letras determinan diferentes alternativas para evaluar un mismo contenido.

Para conocer la opinión sobre su estancia en este hospital y poder así mejorar la calidad del servicio ofrecido por nuestro centro, le agradeceríamos que colaborase respondiendo este cuestionario.

Las siguientes declaraciones se refieren a lo que usted espera encontrar cuando ingrese en el Hospital Clínico (HC). Por favor, indíquenos hasta qué punto está usted de acuerdo o en desacuerdo con los siguientes enunciados, sobre el servicio que recibirá usted del HC. Rodee con un círculo el número adecuado, utilizando la escala que encontrará más abajo. (Si está fuertemente en desacuerdo con lo que le diré, indíqueme el número 1. Si está fuertemente de acuerdo, marque el número 7. Indique cualquier número para expresar su opinión). No hay respuestas correctas ni incorrectas. Sólo interesa que nos indique un número que refleje con precisión lo que usted espera del HC.

Gracias por su comprensión y colaboración.

1 = No estoy en absoluto de acuerdo con este enunciado (NA).

2 = Estoy en desacuerdo con este enunciado (D).

3 = No estoy de acuerdo. Ni tampoco en desacuerdo con este enunciado (N).

4 = Estoy de acuerdo con este enunciado (A).

5 = Estoy muy de acuerdo con este enunciado (MA).

III. DATOS DE FILIACIÓN

- i\* Edad:
- ii\* Género:  
1 = Hombre.  
2 = Mujer.
- iii\* Régimen de convivencia:  
1 = vive sólo.  
2 = vive acompañado.
- iv\* Lugar de residencia:  
1 = Barcelona.  
2 = Fuera de Barcelona.
- v\* ¿Ha estado ingresado anteriormente?:  
1 = Sí.  
2 = No.
- vi\* Estudios realizados:  
1 = Primarios.  
2 = Secundarios o superiores.
- vii\* Ocupación profesional actual:  
1. Trabajos fuera del hogar.  
2. Inactivo (parado, jubilado).

1. En el HCP encontraré los aparatos más modernos y eficaces.

2. En el HCP los pasillos, la sala de hospitalización y las habitaciones estarán limpios.
3. Las habitaciones del HCP permiten preservar mi intimidad.
3. Las habitaciones del HCP serán cómodas (confortables).
4. La comida será servida en horarios razonables (la separación entre comidas será razonable).
- 4b. La comida en el HCP tendrá buen sabor.
- 4c. La cantidad y presentación de la comida será óptima.
- 4d. La comida se adaptará a mis preferencias.
5. En el HCP podré dormir (descansar) porque no me molestarán los ruidos.
- 5b. En el HCP podré dormir / descansar sin que me interrumpen demasiado (limpieza, enfermeras, comida, ...).
- 5c. En la sala de hospitalización del HCP no habrá ruidos.
6. Será importante tener una televisión en la habitación.
7. Mis familiares y amigos podrán venir a verme sin complicaciones (fácilmente).
- 7b. Llegaré a los sitios sin tener que estar preguntando constantemente.
- 7c. La señalización e indicaciones (rótulos y carteles) en el HC son claras y fáciles de entender (seguir).
8. Alguien me explicará los trámites burocráticos para que me sean fáciles.
- 8b. En el HCP seré atendido con agilidad para que los trámites administrativos no retrasen mi ingreso.
- 8c. Las entradas y salidas del hospital, así como los ascensores y demás accesos, serán perfectamente accesibles para todo el mundo.
10. En el HCP estaré ingresado/a sólo los días necesarios.
- 10b. El tiempo que pasará entre el ingreso y la intervención será sólo el necesario.
- 10c. Cumplirán a rajatabla el calendario / la programación previsto / a para mi operación.
- 10d. Me avisarán para ingresar con el tiempo necesario (suficiente).
- 10e. Me avisará para ingresar pronto.
- 10f. Me tendrán informado acerca de lo que he de llevar al hospital.
12. Mi compañero de habitación me dejará dormir / respetará mi manera de hacer las cosas.
- 12b. Mi compañero de habitación respetará el silencio.
- 12c. Las visitas de mi compañero de habitación serán excesivas.
- 12d. En los pasillos de la sala en donde esté ingresado/a habrá gente haciendo ruido.
- 12e. Dispondré del tiempo suficiente y del lugar apropiado para recibir visitas.
13. En el HCP me marearán haciendo demasiadas pruebas (pruebas inútiles).

- 13b. La espera hasta el día que ingrese me afectará económicamente (seguridad social, carnet de conducir que no ha podido ser renovado, ...).
- 13c. Entenderé que por error, tengan que repetirme algunas pruebas.
14. La actitud /trato de los profesionales será mejor al de una clínica privada.
- 14b. Cuando llame al personal de enfermería acudiré inmediatamente.
- 14c. Encontraré a los profesionales trabajando en todo momento.
- 14d. En el hospital tendrán en cuenta mi situación familiar y social antes de darme de alta.
- 14e. Espero que el hospital se adapte a mis necesidades.
- 14f. Los trabajadores del HC se mostrarán en todo momento dispuestos a ayudarme (a solucionar cualquier problema).
15. Después de la intervención, alguien informará a la familia de lo que hay que hacer.
- 15b. Los médicos me explicarán cualquier aspecto relacionado con mi enfermedad.
- 15c. Los profesionales que me van a atender me explicarán de una forma sencilla lo que he de saber sobre mi problema.
- 15d. El personal de enfermería me explicará cualquier aspecto relacionado con mi estancia en la sala de hospitalización.
16. Podré explicar al personal que me asista todo cuanto me preocupe.
- 16b. Me resultará fácil hablar con la persona que pida / solicite cuando lo pida.
- 16c. Los empleados del HC están demasiado ocupados para responder a mis preguntas y aclarar mis dudas.
17. Alguien me explicará los trámites al ingreso para que éstos sean ágiles (rápidos) y claros.
18. Alguien me informará acerca de la operación que me van a hacer.
- 18b. Voy a aprender mucho acerca de mi enfermedad.
- 18c. Cuanta más información, mejor.
- 18d. Espero que me informen sobre todo lo que me van a hacer.
- 18e. Las explicaciones que voy a recibir serán claras y me las repetirán hasta que las entienda.
- 18f. Los pacientes del HCP están suficientemente informados sobre el diagnóstico, pruebas y tratamiento a realizar.
19. En el HCP, además de los servicios asistenciales, dispondré de servicios religiosos y de atención social, si los necesito.
20. Después de la intervención me explicarán qué debo y qué no debo hacer.
- 20b. Después del alta, el seguimiento y control serán exhaustivos (completos).

- 20c. Al alta me darán información clara y abundante sobre el tratamiento y los controles que he de seguir.
- 20d. En el momento del alta, alguien me explicará los trámites que he de hacer para que me resulten ágiles y claros.
- 20e. Cuando me den de alta, recibiré suficiente información sobre el tratamiento a seguir y las posibles visitas sucesivas.
21. En el HCP sentiré preservada mi intimidad.
- 21b. En el HCP, compartiré el baño con personas de mi sexo, que no me hagan sentir incómodo/a cuando me vean desnudo/a.
- 21c. Seré tratado igual que los demás. No veré tratos preferentes hacia los demás.
- 21d. Mi caso será tratado confidencialmente.
- 21e. En el HCP recibiré una atención personalizada.
- 21f. El personal médico y de enfermería me llamará por mi nombre.
- 21g. Entre el personal del hospital, sabré identificar quién viene a verme y por qué.
- 21h. Vendrá a verme sólo el personal necesario.
- 21i. Me pedirán permiso cuando quiera verme alguien diferente al equipo que me lleva (estudiantes, por ejemplo).
- 21j. Seré atendido con respeto hacia mi dignidad humana e intimidad personal.
22. El médico que me asista (atienda) se presentará y conoceré su nombre.
- 22b. Sabré el nombre del médico que me va a operar.
- 22c. El personal de enfermería que cuide directamente de mí se presentará y conoceré su nombre.
- 22d. Conoceré al cirujano antes de que me opere.
23. En los momentos delicados encontraré comprensión y afecto.
- 23b. Los profesionales comprenderán mi experiencia y mi dolor.
- 23c. En todo momento tendré cerca una cara conocida.
- 23d. Los empleados del HCP comprenderán mis necesidades.
24. El personal sanitario es prepotente.
- 24b. Encontraré al menos una persona que me dará mal trato.
- 24c. Puedo encontrar alguien con un día malo.
- 24d. El trato del personal será siempre correcto y amable.
- 24e. Seré tratado con respeto.
24. El personal sanitario sabrá identificar mis momentos difíciles.
25. Las salas de espera de quirófanos (sala de partos) serán amplias y confortables.
- 25b. Encontraré salas de espera para los familiares.
- 25c. Sé que pasaré momentos de soledad.

- 25d. Mis familiares y amigos podrán venir a verme a cualquier hora sin límite de número.
- 25e. Las visitas de mi compañero de habitación acabarán molestándome.
- 25f. Espero que los familiares puedan ayudar en la atención que deberé recibir.
- 25g. El personal del HCP está demasiado ocupado para ayudarme.
26. Antes de ingresar tendré toda la información necesaria.
27. Saldré mucho mejor de lo que estoy.
- 27b. Cuando salga del HCP, mi estado de salud (mi calidad de vida) habrá mejorado substancialmente.
28. El médico que me atienda conocerá perfectamente mi historial.
29. La actitud de los empleados del HCP me transmitirá confianza y credibilidad.
- 29b. Entro tranquilo al Hospital.
- 29c. Estaré más tranquilo si me atiende un experto que un simpático.
- 29d. En una clínica particular estaría más tranquilo.
- 29e. Tengo mucha fe en el hospital.
- 29f. En la intervención tengo absoluta confianza.
- 29g. Me preocupa el personal que me va a atender.
- 29h. A la salida, mi problema se habrá resuelto completamente.
30. Al salir del hospital haré actividad completamente normal / mejor que la que estaba haciendo / estaré mejor de lo que estaba.
- 30b. La intervención en sí tiene poco riesgo.
- 30c. Lo mucho que saben en el HCP implica una importante disminución de complicaciones y riesgos.
31. El profesional del HCP es muy profesional (Los trabajadores del HCP son grandes profesionales).
- 31b. En el HCP hay las mejores manos
- 31c. Estoy tranquilo porque los médicos del HCP están muy seguros de lo que hacen.
- 31d. El HCP posee un personal altamente profesional y técnicamente competitivo.
32. Saldré del hospital muy satisfecho/a contento/a.
- 32b. En general, mi valoración sobre los servicios que presta el HCP es positiva y satisfactoria.

Enero 1.996 (V2)

**FASE CUANTITATIVA (SEGUNDA).**

**BORRADOR CUESTIONARIO SOBRE EXPECTATIVAS.**

I. INSTRUCCIONES PARA EL ENCUESTADOR

Objetivo: Conocer el grado de concordancia o discrepancia entre expectativas y percepciones de los clientes de un servicio para detectar las deficiencias en cada uno de los criterios de calidad.

Los enunciados descritos a continuación son posibles preguntas referidas a los aspectos definidos, identificados con un número. Las letras determinan diferentes alternativas para evaluar un mismo contenido.

II. INSTRUCCIONES PARA EL ENCUESTADO

Para conocer la opinión sobre su estancia en este hospital y poder así mejorar la calidad del servicio ofrecido por nuestro centro, le agradeceríamos que colaborase respondiendo este cuestionario.

Las siguientes declaraciones se refieren a lo que usted espera encontrar cuando ingrese en el Hospital Clínico (HC). Por favor, indíquenos hasta qué punto está usted de acuerdo o en desacuerdo con los siguientes enunciados, sobre el servicio que recibirá usted del HC. Rodee con un círculo el número adecuado, utilizando la escala que encontrará más abajo. (Si está absolutamente en desacuerdo con lo que le diré, indique el número 1. Si está completamente de acuerdo, marque el número 7. Indique cualquier número para expresar su opinión). No hay respuestas correctas ni incorrectas. Sólo interesa que nos indique un número que refleje con precisión lo que usted espera del HC.

Gracias por su comprensión y colaboración.

- 1 = No estoy en absoluto de acuerdo con este enunciado (NA).
- 2 = Estoy en desacuerdo con este enunciado (D).
- 3 = No estoy de acuerdo. Ni tampoco en desacuerdo con este enunciado (N).
- 4 = Estoy de acuerdo con este enunciado (A).
- 5 = Estoy muy de acuerdo con este enunciado (MA).

III. DATOS DE FILIACION

- i\* Edad:
- ii\* Género:
- 1 = Hombre.
- 2 = Mujer.
- iii\* Régimen de convivencia:
- 1 = vive sólo.
- 2 = vive acompañado.
- iv\* Lugar de residencia:
- 1 = Barcelona.
- 2 = Fuera de Barcelona.
- v\* ¿Ha estado ingresado anteriormente?:
- 1 = Sí.
- 2 = No.
- vi\* Estudios realizados:
- 1 = Primarios.
- 2 = Secundarios o superiores.
- vii\* Ocupación profesional actual:
1. Trabajos fuera del hogar.
2. Inactivo (parado, jubilado).



10. En el HCP estaré ingresado / a sólo los días necesarios.
- 10b. El tiempo que pasará entre el ingreso y la intervención será sólo el necesario.
- 10c. Cumplirán a rajatabla el calendario / la programación previsto / a para mi operación.
- 10d. Me avisarán para ingresar con el tiempo necesario (suficiente).
- 10e. Me avisarán para ingresar pronto.
- 10f. Me tendrán informado acerca de lo que he de llevar al hospital.
13. En el HCP no me "marearán" haciendo demasiadas pruebas (pruebas inútiles o no necesarias).
- 13b. La espera hasta el día que ingrese me afectará económicamente (seguridad social, carnet de conducir que no ha podido ser renovado, ...).
- 13c. Entenderé que para una mejor comprobación, tengan que repetirme algunas pruebas.
14. La actitud / trato de los profesionales será mejor al de una clínica privada.
- 14b. Cuando llame al personal de enfermería acudirá inmediatamente.
- 14c. Encontraré a los profesionales trabajando en todo momento.
- 14d. En el hospital tendrán en cuenta mi situación familiar y social antes de darme de alta.
- 14e. Espero que el hospital se adapte a mis necesidades.
- 14f. Los trabajadores del HC se mostrarán en todo momento dispuestos a ayudarme (a solucionar cualquier problema).
28. El médico que me atienda conocerá perfectamente mi historial.
15. Después de la intervención, alguien informará a la familia de lo que hay que hacer.
- 15b. Los médicos me explicarán cualquier aspecto relacionado con mi enfermedad.
- 15c. Los profesionales que me van a atender me explicarán de una forma comprensible lo que he de saber sobre mi problema.
- 15d. El personal de enfermería me explicará cualquier aspecto relacionado con mi estancia en la sala de hospitalización.
18. Alguien me informará acerca de la operación que me van a hacer.
- 18b. Voy a aprender mucho acerca de mi enfermedad.
- 18c. Cuanta más información, mejor.
- 18d. Espero que me informen sobre todo lo que me van a hacer.
- 18e. Las explicaciones que voy a recibir serán comprensibles y me las repetirán hasta que las entienda.
- 18f. Los pacientes del HCP están informados sobre el diagnóstico, pruebas y tratamiento a realizar.
26. Antes de ingresar tendré toda la información necesaria.

20. Después de la intervención me explicarán qué debo y qué no debo hacer.
- 20b. Después del alta, el seguimiento y control serán completos.
- 20c. Al alta me darán información sobre el tratamiento y los controles que he de seguir.
- 20d. En el momento del alta, alguien me explicará los trámites que he de hacer para que me resulten ágiles y claros.
- 20e. Cuando me den de alta, recibiré suficiente información sobre el tratamiento a seguir y las posibles visitas sucesivas.
23. En los momentos delicados encontraré comprensión y afecto.
- 23b. Los profesionales comprenderán mi experiencia y mi dolor.
- 23c. En todo momento tendré cerca una cara conocida.
- 23d. Los empleados del HCP comprenderán mis necesidades.
- 23 (A25). Mis familiares y amigos podrán venir a verme a cualquier hora sin límite de número.
21. En el HCP sentiré preservada mi intimidad.
- 21b. En el HCP, compartiré el baño con personas de mi sexo, que no me hagan sentir incómodo / a cuando me vean desnudo / a.
- 21c. Seré tratado igual que los demás. No veré tratos preferentes hacia los demás.
- 21d. Mi caso será tratado confidencialmente.
- 21e. En el HCP recibiré una atención personalizada.
- 21f. El personal médico y de enfermería me llamará por mi nombre (apellido).
- 21g. Entre el personal del hospital, sabré identificar quién viene a verme y por qué.
- 21h. Vendrá a verme sólo el personal necesario.
- 21i. Me pedirán permiso cuando quiera verme alguien diferente al equipo que me lleva (estudiantes, por ejemplo).
- 21j. Seré atendido con respeto hacia mi dignidad humana e intimidad personal.
5. En el HCP podré dormir (descansar) porque no me molestarán los ruidos.
- 5b. En el HCP podré dormir / descansar sin que me interrumpen demasiado (limpieza, enfermeras, comida, ...).
- 5c. En la sala de hospitalización del HCP no habrá ruidos.
12. Mi compañero de habitación me dejará dormir / respetará mi manera de hacer las cosas.
- 12b. Mi compañero de habitación respetará el silencio.
- 12c. Las visitas de mi compañero de habitación no me molestarán.
- 12d. En los pasillos de la sala en donde esté ingresado/a habrá gente haciendo ruido.
- 12e. Dispondré del tiempo suficiente y del lugar apropiado para recibir visitas.
22. El médico que me asista (atención) se presentará y conoceré su nombre.

- 22b. Sabré el nombre del médico que me va a operar.
- 22c. El personal de enfermería que cuide directamente de mí se presentará y conoceré su nombre.
- 22d. Conoceré al cirujano antes de que me opere.
3. Las habitaciones del HCP serán confortables.
- 3b (A25). Las salas de espera de quirófanos (sala de partos) serán amplias y confortables.
- 3c (A25). Encontraré salas de espera para los familiares.
4. La comida será servida en horarios razonables (la separación entre comidas será razonable).
- 4b. La comida en el HCP tendrá buen sabor.
- 4c. La cantidad y presentación de la comida será adecuada.
- 4d. La comida se adaptará a mis preferencias.
2. En el HCP los pasillos, la sala de hospitalización y las habitaciones estarán limpios.
1. En el HCP encontraré los aparatos más eficaces y adecuados a mis necesidades.
24. El personal sanitario es amable y nunca es prepotente.
- 24b.No encontraré a ninguna persona que me de mal trato.
- 24c. Puedo encontrar alguien con un día malo.
- 24d. El trato del personal será siempre correcto y amable.
- 24e. Seré tratado con respeto.
- 24f. El personal sanitario sabrá identificar mis momentos difíciles.
29. La actitud de los empleados del HCP transmitirá confianza.
- 29d. En una clínica particular estaría más tranquilo.
- 29g. No me preocupa el personal que me va a atender.
31. El personal del HCP es muy profesional (Los trabajadores del HCP son grandes profesionales).
- 31b. En el HCP hay las mejores manos.
- 31c. Estoy tranquilo porque los médicos del HCP están muy seguros de lo que hacen.
- 31d. El HCP posee un personal altamente profesional.
- 30b. La intervención en sí tiene poco riesgo.
- 30c. Lo mucho que saben en el HCP implica una importante disminución de complicaciones y riesgos.
- 27b. Cuando me den el alta, mi estado de salud (mi calidad de vida) habrá mejorado substancialmente.
32. Saldré del hospital satisfecho/a.

32b. En general, mi valoración sobre los servicios que presta el HCP es satisfactoria.

32c. La calidad del servicio cumplirá mis expectativas.

32d. La calidad de la atención será alta.

32e. Estaré satisfecho del modo como me van a tratar en el HC.

32f. Puntúe del 1 (muy mal) al 5 (muy bien) la calidad de servicio que espera encontrar en el HC.

V3

**FASE CUANTITATIVA (SEGUNDA).****BORRADOR CUESTIONARIO SOBRE EXPECTATIVAS.**I. INSTRUCCIONES PARA EL ENCUESTADOR

Objetivo: Conocer el grado de concordancia o discrepancia entre expectativas y percepciones de los clientes de un servicio para detectar las deficiencias en cada uno de los criterios de calidad.

Los enunciados descritos a continuación son posibles preguntas referidas a los aspectos definidos, identificados con un número. Las letras determinan diferentes alternativas para evaluar un mismo contenido.

II. INSTRUCCIONES PARA EL ENCUESTADO

Para conocer la opinión sobre su estancia en este hospital y poder así mejorar la calidad del servicio ofrecido por nuestro centro, le agradeceríamos que colaborase respondiendo este cuestionario.

Las siguientes declaraciones se refieren a lo que usted espera encontrar cuando ingrese en el Hospital Clínico (HC). Por favor, indíquenos hasta qué punto está usted de acuerdo o en desacuerdo con los siguientes enunciados, sobre el servicio que recibirá usted del HC. Rodee con un círculo el número adecuado, utilizando la escala que encontrará más abajo. (Si está absolutamente en desacuerdo con lo que le diré, indique el número 1. Si está completamente de acuerdo, marque el número 7. Indique cualquier número para expresar su opinión). No hay respuestas correctas ni incorrectas. Sólo interesa que nos indique un número que refleje con precisión lo que usted espera del HC.

Gracias por su comprensión y colaboración.

1 = Total desacuerdo (TD).

2 = Desacuerdo (D).

3 = Relativo desacuerdo (RD).

4 = Indiferente (I). No estoy de acuerdo, ni tampoco en desacuerdo con este enunciado.

5 = Relativo acuerdo (RA).

6 = Acuerdo (A).

7 = Total acuerdo (TA)

III. DATOS DE FILIACIÓN

- i\* Edad:
- ii\* Género:
- 1 = Hombre.
- 2 = Mujer.
- iii\* Régimen de convivencia:
- 1 = vive sólo.
- 2 = vive acompañado.
- iv\* Lugar de residencia:
- 1 = Barcelona.
- 2 = Fuera de Barcelona.
- v\* ¿Ha estado ingresado anteriormente?:
- 1 = Sí.
- 2 = No.
- vi\* Estudios realizados:
- 1 = Primarios.
- 2 = Secundarios o superiores.
- vii\* Ocupación profesional actual:
1. Trabajos fuera del hogar.
2. Inactivo (parado, jubilado).

10. En el HCP estaré ingresado / a sólo los días necesarios.
- 10b. El tiempo que pasará entre el ingreso y la intervención será sólo el necesario.
- 10c. Cumplirán a rajatabla el calendario / la programación previsto / a para mi operación.
- 10d. Me avisarán para ingresar con el tiempo necesario (suficiente).
- 10d bis. El aviso de ingreso se efectuará con la suficiente antelación (uno o dos días como mínimo) para que pueda disponer del tiempo necesario para organizar / resolver mis asuntos particulares antes del ingreso.
- (10e.) Me avisarán para ingresar pronto.
- 10e bis. El tiempo de espera para el ingreso en el HCP será reducido (seis meses como máximo).
- 10f. Me tendrán informado acerca de lo que he de llevar al hospital.
13. En el HCP me "marearán" haciendo demasiadas pruebas (pruebas inútiles o no necesarias).
- 13 bis. Acepto que me hagan todo tipo de pruebas, aunque algunas resulten inútiles.
- ((13b. La espera hasta el día que ingrese me afectará económicamente (seguridad social, carnet de conducir que no ha podido ser renovado, ...)))
- ((13c. Entenderé que para una mejor comprobación, tengan que repetirme algunas pruebas.)))
14. La actitud / trato de los profesionales será mejor al de una clínica privada.
- 14b. Cuando llame al personal de enfermería acudirá con prontitud.
- 14c. Encontraré a los profesionales trabajando en todo momento.
- 14d. En el hospital tendrán en cuenta mi situación familiar y social antes de darme de alta.
- (14e.) Espero que el hospital se adapte a mis necesidades. ((en relación a: resto 14)))
- 14f. Los trabajadores del HC se mostrarán en todo momento dispuestos a ayudarme (a solucionar cualquier problema).
28. El médico que me atienda conocerá perfectamente mi historial.
15. Después de la intervención, alguien informará a la familia de lo que hay que hacer.
- 15b. Los médicos me explicarán cualquier aspecto relacionado con mi enfermedad.

15c. Los profesionales que me van a atender me explicarán de una forma comprensible lo que he de saber y / o hacer en mi estancia en el hospital sobre mi situación / estado / problema.

15d. El personal de enfermería me explicará cualquier aspecto relacionado con mi estancia en la sala de hospitalización.

18. Alguien me informará acerca de la operación que me van a hacer.

18b. Voy a aprender mucho acerca de mi enfermedad.

18c. Cuanta más información, mejor.

18d. Espero que me informen sobre todo lo que me van a hacer.

18e. Las explicaciones que voy a recibir sobre mi situación / estado serán comprensibles y me las repetirán hasta que las entienda.

18f. Los pacientes del HCP están informados sobre el diagnóstico, pruebas y tratamiento a realizar.

26. Antes de ingresar tendré toda la información necesaria sobre mi estancia en el hospital.

(Distinguir 15 de 20)

20. Después de la intervención me explicarán qué debo y qué no debo hacer.

20b. Después del alta, el seguimiento y control serán completos.

20c. Al alta me darán información sobre el tratamiento y los controles que he de seguir.

20d. En el momento del alta, alguien me explicará los trámites que he de hacer para que me resulten ágiles y claros. (+20e)

20e. Cuando me den de alta, recibiré suficiente información sobre el tratamiento a seguir y las posibles visitas sucesivas.

(23. En los momentos delicados encontraré comprensión y afecto.)

23b. Los profesionales que me atenderán comprenderán mi experiencia y mi dolor / el momento por el que estoy pasando.

23c. En todo momento tendré cerca una cara conocida.

23d. Los profesionales que me atenderán en el HCP comprenderán mis necesidades.

23 (A25). Mis familiares y amigos podrán venir a verme a cualquier hora sin límite de número.

21. En el HCP sentiré preservada mi intimidad.

21b. En el HCP, compartiré el baño con personas de mi sexo, que no me hagan sentir incómodo / a cuando me vean desnudo / a.

21c. Seré tratado igual que los demás. No veré tratos preferentes hacia los demás.

21d. Mi caso será tratado confidencialmente.

21e. En el HCP recibiré una atención personalizada.



- 21f. El personal médico y de enfermería me llamará por mi nombre (apellido).
- 21g. Entre el personal del hospital, podré identificar a cada uno por su función.
- 21h. Vendrá a verme sólo el personal necesario.
- 21i. Me pedirán permiso cuando quiera verme alguien diferente al equipo que me lleva (estudiantes, por ejemplo).
- 21j. Se respetará en todo momento mi dignidad e intimidad personal.
5. En el HCP podré dormir (descansar) porque no me molestarán los ruidos (obras, reparaciones, ...) ni los malos olores (pinturas, desinfectantes, ...).
- 5b. En el HCP podré dormir / descansar sin que me interrumpen demasiado (limpieza, enfermeras, comida, ...).
- 5c. En la sala de hospitalización del HCP no habrá ruidos.
12. Mi compañero / a de habitación me dejará dormir / respetará mi manera de hacer las cosas.
- 12b. Mi compañero / a de habitación respetará el silencio.
- 12c. Las visitas de mi compañero / a de habitación no me molestarán / serán estrictamente las necesarias.
- 12d. En los pasillos de la sala en donde esté ingresado/a habrá gente haciendo ruido.
- 12e. Dispondré del tiempo suficiente y del lugar apropiado para recibir visitas.
22. El médico que me asista (atienda) se presentará: dará a conocer su nombre y especialidad.
- 22b. Sabré el nombre del médico que me va a operar.
- 22c. El personal de enfermería que cuide directamente de mí se presentará: dará a conocer su nombre y su función.
- 22d. Conoceré al cirujano antes de que me opere.
3. Las habitaciones del HCP serán confortables.
- 3b (A25). Las salas de espera de quirófanos (sala de partos) serán amplias y confortables.
- 3c (A25). Encontraré salas de espera para los familiares.
4. La comida será servida en horarios razonables (la separación entre comidas será razonable).
- 4b. La comida en el HCP tendrá buen sabor.
- 4c. La cantidad y presentación de la comida será adecuada.
- 4d. La comida se adaptará a mis preferencias: espero poder elegir mis comidas preferidas dentro de una cierta variedad de oferta.
2. En el HCP los pasillos, la sala de hospitalización y las habitaciones estarán limpios.

1. En el HCP encontraré los aparatos más eficaces y adecuados a mis necesidades.
24. El personal sanitario es amable y nunca es prepotente.
- 24b. No encontraré a ninguna persona que me de mal trato.
- 24c. Puedo encontrar y en parte acepto el mal humor temporal de un profesional del HCP (¡todo el mundo tiene un día malo!).
- 24d. El trato del personal será siempre correcto y amable.
- 24e. Seré tratado con respeto.
- 24f. El personal sanitario sabrá identificar mis momentos difíciles.
29. La actitud de los empleados del HCP transmitirá confianza.
- 29c. Estaré más seguro y tranquilo en manos de un experto que en manos de una persona muy simpática.
- 29d. En una clínica particular estaría más tranquilo.
- 29g. No me preocupa el personal que me va a atender.
31. El personal del HCP es muy profesional (Los trabajadores del HCP son grandes profesionales).
- 31b. En el HCP hay las mejores manos.
- 31c. Estoy tranquilo porque los médicos del HCP están muy seguros de lo que hacen.
- 31d. El HCP posee un personal altamente profesional.
- 30b. La intervención en sí tiene poco riesgo.
- 30c. Lo mucho que saben en el HCP implica una importante disminución de complicaciones y riesgos.
- 27b. Cuando me den el alta, mi estado de salud (mi calidad de vida) habrá mejorado substancialmente.
32. Saldré del hospital satisfecho/a.
- 32b. En general, mi valoración sobre los servicios que presta el HCP es satisfactoria.
- 32c. La calidad del servicio cumplirá mis expectativas.
- 32d. La calidad de la atención será alta.
- 32e. Estaré satisfecho del modo como me van a tratar en el HC.
- 32f. Puntúe del 1 (muy mal) al 5 (muy bien) la calidad de servicio que espera encontrar en el HC.

Marzo 1.996 (V4)

**FASE CUANTITATIVA (SEGUNDA).**

**CUESTIONARIO SOBRE EXPECTATIVAS.**

I. INSTRUCCIONES PARA EL ENCUESTADOR

Objetivo: Conocer el grado de concordancia o discrepancia entre expectativas y percepciones de los clientes de un servicio para detectar las deficiencias en cada uno de los criterios de calidad.

II. INSTRUCCIONES PARA EL ENCUESTADO

Para conocer la opinión sobre su estancia en este hospital y poder así mejorar la calidad del servicio ofrecido por nuestro centro, le agradeceríamos que colaborase respondiendo este cuestionario.

Las siguientes declaraciones se refieren a lo que usted espera encontrar cuando ingrese en el Hospital Clínico (HC). Por favor, indíquenos hasta qué punto está usted de acuerdo o en desacuerdo con los siguientes enunciados, sobre el servicio que recibirá usted del HC. Identifique el número adecuado, utilizando la siguiente escala. (Si está totalmente en desacuerdo con lo que le diré, indique el número 1. Si está totalmente de acuerdo, marque el número 7. Indique cualquier número para expresar su opinión. El número 4 identifica una categoría de respuesta que expresa indiferencia). No hay respuestas correctas ni incorrectas. Sólo interesa que nos indique un número que refleje con precisión lo que usted espera del HC.

Gracias por su comprensión y colaboración.

1 = Total desacuerdo (TD).

2 = Desacuerdo (D).

3 = Relativo desacuerdo (RD).

4 = Indiferente (I). No estoy de acuerdo, ni tampoco en desacuerdo con este enunciado.

5 = Relativo acuerdo (RA).

6 = Acuerdo (A).

7 = Total acuerdo (TA).

III. DATOS DE FILIACION

- i\* Edad:
- ii\* Género:
- 1 = Hombre.
- 2 = Mujer.
- iii\* Régimen de convivencia:
- 1 = vive sólo.
- 2 = vive acompañado.
- iv\* Lugar de residencia:
- 1 = Barcelona.
- 2 = Fuera de Barcelona.
- v\* ¿Ha estado ingresado anteriormente?:
- 1 = Sí.
- 2 = No.
- vi\* Estudios realizados:
- 1 = Primarios.
- 2 = Secundarios o superiores.
- vii\* Ocupación profesional actual:
1. Trabajos fuera del hogar.
2. Inactivo (parado, jubilado).

- 10b. El tiempo que pasará entre el ingreso y la intervención será sólo el necesario.
- 13c. Entenderé que para una mejor comprobación, tengan que repetirme algunas pruebas.
- 14f. Los trabajadores del HC se mostrarán en todo momento dispuestos a ayudarme (a solucionar cualquier problema).
28. El médico que me atienda conocerá perfectamente mi historial.
- 15c. Los profesionales que me van a atender me explicarán de una forma comprensible lo que he de saber y / o hacer en mi estancia en el hospital sobre mi situación / estado / problema.
- 18e. Las explicaciones que voy a recibir sobre mi situación / estado serán comprensibles y me las repetirán hasta que las entienda.
26. Antes de ingresar tendré toda la información necesaria sobre mi estancia en el hospital.
- 20d. En el momento del alta, alguien me explicará los trámites que he de hacer para que me resulten ágiles y claros. (+20e)
- 20e. Cuando me den de alta, recibiré suficiente información sobre el tratamiento a seguir y las posibles visitas sucesivas.
- 23b. Los profesionales que me atenderán comprenderán mi experiencia y mi dolor / el momento por el que estoy pasando / mis necesidades.
- 23 (A25). Mis familiares y amigos podrán venir a verme a cualquier hora sin límite de número.
- 21e. En el HCP recibiré una atención personalizada.
- 21j. Se respetará en todo momento mi dignidad e intimidad personal.
- 5b. En el HCP podré dormir / descansar sin que me interrumpen demasiado (limpieza, enfermeras, comida, ...).
- 12b. Mi compañero / a de habitación respetará el silencio.
- 12e. Dispondré del tiempo suficiente y del lugar apropiado para recibir visitas.
22. El médico que me asista (atienda) se presentará: dará a conocer su nombre y especialidad.
- 3c (A25). Encontraré salas de espera para los familiares.
4. La comida será servida en horarios razonables (la separación entre comidas será razonable).
- 4c. La cantidad y presentación de la comida será adecuada.
2. En el HCP los pasillos, la sala de hospitalización y las habitaciones estarán limpios.
1. En el HCP encontraré los aparatos más eficaces y adecuados a mis necesidades.
- 24d. El trato del personal será siempre correcto y amable.
29. La actitud de los empleados del HC transmitirá confianza.

31d. El HCP posee un personal altamente profesional.

30b. La intervención en sí tiene mucho riesgo.

30c. Lo mucho que saben en el HC implica una importante disminución de complicaciones y riesgos.

27b. Cuando me den el alta, mi estado de salud (mi calidad de vida) habrá mejorado substancialmente.

32. Saldré del hospital satisfecho / a.

32b. En general, mi valoración sobre los servicios que presta el HC será satisfactoria.

32f. Puntúe del 1 (muy mal) al 7 (muy bien) la calidad de servicio que espera encontrar en el HC.

V5

**FASE CUANTITATIVA (SEGUNDA).****CUESTIONARIO SOBRE EXPECTATIVAS.**I. INSTRUCCIONES PARA EL ENCUESTADOR

Objetivo: Conocer el grado de concordancia o discrepancia entre expectativas y percepciones de los clientes de un servicio para detectar las deficiencias en cada uno de los criterios de calidad.

II. INSTRUCCIONES PARA EL ENCUESTADO

Para conocer la opinión sobre su estancia en este hospital y poder así mejorar la calidad del servicio ofrecido por nuestro centro, le agradeceríamos que colaborase respondiendo este cuestionario.

Las siguientes declaraciones se refieren a lo que usted espera encontrar cuando ingrese en el Hospital Clínico (HC). Por favor, indíquenos hasta qué punto está usted de acuerdo o en desacuerdo con los siguientes enunciados, sobre el servicio que recibirá usted del HC. Identifique el número adecuado, utilizando la siguiente escala. (Si está totalmente en desacuerdo con lo que le diré, indique el número 1. Si está totalmente de acuerdo, marque el número 7. Indique cualquier número para expresar su opinión. El número 4 identifica una categoría de respuesta que expresa indiferencia). No hay respuestas correctas ni incorrectas. Sólo interesa que nos indique un número que refleje con precisión lo que usted espera del HC.

Gracias por su comprensión y colaboración.

1 = Total desacuerdo (TD).

2 = Desacuerdo (D).

3 = Relativo desacuerdo (RD).

4 = Indiferente (I). No estoy de acuerdo, ni tampoco en desacuerdo con este enunciado.

5 = Relativo acuerdo (RA).

6 = Acuerdo (A).

7 = Total acuerdo (TA)

III. DATOS DE FILIACION

- i\* Edad:
- ii\* Género:
- 1 = Hombre.
- 2 = Mujer.
- iii\* Régimen de convivencia:
- 1 = vive sólo.
- 2 = vive acompañado.
- iv\* Lugar de residencia:
- 1 = Barcelona.
- 2 = Fuera de Barcelona.
- v\* ¿Ha estado ingresado anteriormente?:
- 1 = Sí.
- 2 = No.
- vi\* Estudios realizados:
- 1 = Primarios.
- 2 = Secundarios o superiores.
- vii\* Ocupación profesional actual:
1. Trabajos fuera del hogar.
2. Inactivo (parado, jubilado).



13. El tiempo que pasará entre el ingreso y la intervención será sólo el necesario.
14. Entenderé que para una mejor comprobación, tengan que repetirme algunas pruebas.
15. Los trabajadores del HC se mostrarán en todo momento dispuestos a ayudarme (a solucionar cualquier problema).
16. El médico que me atienda conocerá perfectamente mi historial.
17. Los profesionales que me van a atender me explicarán de una forma comprensible lo que he de saber y / o hacer en mi estancia en el hospital sobre mi situación / estado / problema.
18. Las explicaciones que voy a recibir sobre mi situación / estado serán comprensibles y me las repetirán hasta que las entienda.
19. Antes de ingresar tendré toda la información necesaria sobre mi estancia en el hospital.
20. En el momento del alta, alguien me explicará los trámites que he de hacer para que me resulten ágiles y claros.
21. Cuando me den de alta, recibiré suficiente información sobre el tratamiento a seguir y las posibles visitas sucesivas.
22. Los profesionales que me atenderán comprenderán mi experiencia y mi dolor / el momento por el que estoy pasando / mis necesidades.
23. Mis familiares y amigos podrán venir a verme a cualquier hora sin límite de número.
24. En el HC recibiré una atención personalizada.
25. Se respetará en todo momento mi dignidad e intimidad personal.
26. En el HC podré dormir / descansar sin que me interrumpen demasiado (limpieza, enfermeras, comida, ...).
27. Mi compañero / a de habitación respetará el silencio.
28. Dispondré del tiempo suficiente y del lugar apropiado para recibir visitas.
29. El médico que me asista (atienda) se presentará: dará a conocer su nombre y especialidad.
30. Encontraré salas de espera para los familiares.
31. La comida será servida en horarios razonables (la separación entre comidas será razonable).
32. La cantidad y presentación de la comida será adecuada.
33. En el HC los pasillos, la sala de hospitalización y las habitaciones estarán limpios.
34. En el HC encontraré los aparatos más eficaces y adecuados a mis necesidades.
35. El trato del personal será siempre correcto y amable.
36. La actitud de los empleados del HC transmitirá confianza.

37. El HC posee un personal altamente profesional.
38. La intervención en sí tiene mucho riesgo.
39. Lo mucho que saben en el HC implica una importante disminución de complicaciones y riesgos.
40. Cuando me den el alta, mi estado de salud (mi calidad de vida) habrá mejorado substancialmente.
41. Saldré del hospital satisfecho / a.
42. En general, mi valoración sobre los servicios que presta el HC será satisfactoria.
43. Puntúe del 1 (muy mal) al 7 (muy bien) la calidad de servicio que espera encontrar en el HC.

**Anexo 6.**

Cuestionario para los usuarios antes de la hospitalización.

**FASE CUANTITATIVA (SEGUNDA).****CUESTIONARIO SOBRE EXPECTATIVAS.****I. INSTRUCCIONES PARA EL ENCUESTADOR**

**Objetivo:** Conocer el grado de concordancia o de discrepancia entre las expectativas y las percepciones de los clientes de un servicio para detectar las deficiencias en cada uno de los criterios de calidad.

**II. INSTRUCCIONES PARA EL ENCUESTADO**

Para conocer la opinión sobre su estancia en este hospital y poder así mejorar la calidad del servicio ofrecido por nuestro centro, le agradeceríamos que colaborase respondiendo este cuestionario.

Sus respuestas serán tratadas de manera **confidencial**. Nos interesa su opinión para que otros usuarios puedan beneficiarse de las mejoras aplicadas como consecuencia de este estudio.

Gracias por su comprensión y colaboración.

\* EXPLICAR SIN LEER

\* DAR IMPORTANCIA AL ESTUDIO

III. DATOS DE FILIACION

i\* Edad:

ii\* Género:

1 = Hombre.

2 = Mujer.

iii\* Régimen de convivencia:

1 = vive sólo.

2 = vive acompañado.

iv\* Lugar de residencia:

1 = Barcelona.

2 = Fuera de Barcelona.

v\* ¿Ha estado ingresado anteriormente?:

1 = Sí.

2 = No.

vi\* Estudios realizados:

1 = Primarios.

2 = Secundarios o superiores.

vii\* Ocupación profesional actual:

1. Trabajos fuera del hogar.

2. Inactivo (parado, jubilado).

#### IV. ARTICULOS DE SATISFACCION

Las siguientes declaraciones se refieren a lo que usted cree que va a encontrar cuando ingrese en el Hospital Clínico (HC). Por favor, indíquenos hasta qué punto está usted de acuerdo o en desacuerdo con los siguientes enunciados, sobre el servicio que recibirá usted del HC. Identifique el número adecuado, utilizando la siguiente escala. (Si está totalmente en desacuerdo con lo que le diré, indique el número 1. Si está totalmente de acuerdo, marque el número 7. Indique cualquier número para expresar su opinión. El número 4 identifica una categoría de respuesta que expresa indiferencia). No hay respuestas correctas ni incorrectas. Sólo interesa que nos señale un número que refleje con precisión lo que usted espera del HC.

1 = Total desacuerdo (TD).

2 = Desacuerdo (D).

3 = Relativo desacuerdo (RD).

4 = Indiferente (I). No estoy de acuerdo, ni tampoco en desacuerdo con este enunciado.

5 = Relativo acuerdo (RA).

6 = Acuerdo (A).

7 = Total acuerdo (TA)

\* EJEMPLO: "CREO QUE EL BARÇA GANARA LA LIGA"

\* ANTE LA RESPUESTA "NO LO SE", DEJAR LA PREGUNTA EN BLANCO.

\* ESCUCHAR LAS RESPUESTAS DESDE LA EXPECTATIVA PREVISTA, (CREO QUE) NO DESDE LA PERSPECTIVA DE LA EXPECTATIVA DESEADA (ESPERO QUE).

N	Enunciado	TD	D	RD	I	MA	A	TA
12	Usted cree que el tiempo que pasará entre el ingreso y la intervención será sólo el necesario.	1	2	3	4	5	6	7
13	Entenderé que para una mejor comprobación, tengan que repetirme algunas pruebas.	1	2	3	4	5	6	7
14	Los trabajadores del HC se mostrarán en todo momento dispuestos a ayudarme.	1	2	3	4	5	6	7
15	El médico que me atienda conocerá perfectamente mi historial.	1	2	3	4	5	6	7
16	Los médicos y enfermeras que me van a atender me explicarán de una forma comprensible lo que he de saber durante mi estancia en el hospital.	1	2	3	4	5	6	7
17	Las explicaciones que voy a recibir sobre mi situación sobre mi estado, serán claras y me las repetirán hasta que las entienda.	1	2	3	4	5	6	7
18	Antes de ingresar tendré toda la información necesaria sobre mi estancia en el hospital.	1	2	3	4	5	6	7
19	En el momento del alta, alguien me explicará los trámites que he de hacer para que me resulten ágiles y claros.	1	2	3	4	5	6	7
20	Cuando me den de alta, recibiré suficiente información el tratamiento a seguir y las posibles visitas sucesivas.	1	2	3	4	5	6	7
21	Los profesionales que me atenderán evitarán mi dolor con los medios que tengan al alcance.	1	2	3	4	5	6	7
22	Mis familiares y amigos podrán venir a verme a cualquier hora sin límite de número.	1	2	3	4	5	6	7
23	En el HC recibiré una atención personalizada.	1	2	3	4	5	6	7
24	Sentiré respetada en todo momento mi dignidad e intimidad personal.	1	2	3	4	5	6	7
25	En el HC podré dormir y descansar sin que me interrumpen demasiado (limpieza, enfermeras, comida, ...).	1	2	3	4	5	6	7
26	Mi compañero / a de habitación respetará el silencio.	1	2	3	4	5	6	7
27	Dispondré del tiempo suficiente y del lugar apropiado para recibir visitas.	1	2	3	4	5	6	7
28	El médico que me atienda se presentará: dará a conocer su nombre.	1	2	3	4	5	6	7
29	Encontraré salas de espera para los familiares.	1	2	3	4	5	6	7
30	El intervalo entre comidas será razonable.	1	2	3	4	5	6	7
31	La cantidad de comida será adecuada.	1	2	3	4	5	6	7
32	En el HC las habitaciones estarán limpias.	1	2	3	4	5	6	7

N	Enunciado	TD	D	RD	I	MA	A	TA
33	En el HC encontraré los aparatos más eficaces y adecuados para determinar mi diagnóstico.	1	2	3	4	5	6	7
34	El trato del personal será siempre correcto y amable.	1	2	3	4	5	6	7
35	La actitud de los empleados del HC me dará confianza respecto al seguimiento de mi caso.	1	2	3	4	5	6	7



36	El HC tiene muy buenos profesionales.	1	2	3	4	5	6	7
37	La intervención en sí tiene mucho riesgo.	1	2	3	4	5	6	7
38	La experiencia de los médicos del HC comporta una importante disminución de complicaciones y riesgos.	1	2	3	4	5	6	7
39	Cuando me den el alta, mi estado de salud habrá mejorado substancialmente.	1	2	3	4	5	6	7
40	Saldré del hospital satisfecho / a.	1	2	3	4	5	6	7
41	En general, mi valoración sobre los servicios que presta el HC será satisfactoria.	1	2	3	4	5	6	7
42	Puntúe del 1 (muy mal) al 7 (muy bien) la calidad de servicio que espera encontrar en el HC.	1	2	3	4	5	6	7

**Anexo 7.**

Cuestionario para los usuarios después de la hospitalización.

**FASE CUANTITATIVA (SEGUNDA).****CUESTIONARIO SOBRE CALIDAD PERCIBIDA.**I. INSTRUCCIONES PARA EL ENCUESTADOR

**Objetivo:** Conocer el grado de concordancia o de discrepancia entre las expectativas y las percepciones de los clientes de un servicio para detectar las deficiencias en cada uno de los criterios de calidad.

II. INSTRUCCIONES PARA EL ENCUESTADO

Para conocer la opinión sobre su estancia en este hospital y poder así mejorar la calidad del servicio ofrecido por nuestro centro, le agradeceríamos que colaborase respondiendo este cuestionario.

Sus respuestas serán tratadas de manera **confidencial**. Nos interesa su opinión para que otros usuarios puedan beneficiarse de las mejoras aplicadas como consecuencia de este estudio.

Gracias por su comprensión y colaboración.

\* EXPLICAR SIN LEER

\* DAR IMPORTANCIA AL ESTUDIO

III. DATOS DE FILIACION

i\* Edad:

ii\* Género:

1 = Hombre.

2 = Mujer.

iii\* Régimen de convivencia:

1 = vive sólo.

2 = vive acompañado.

iv\* Lugar de residencia:

1 = Barcelona.

2 = Fuera de Barcelona.

v\* ¿Ha estado ingresado anteriormente?:

1 = Sí.

2 = No.

vi\* Estudios realizados:

1 = Primarios.

2 = Secundarios o superiores.

vii\* Ocupación profesional actual:

1. Trabajos fuera del hogar.

2. Inactivo (parado, jubilado).

#### IV. ARTICULOS DE SATISFACCION

Las siguientes declaraciones se refieren a su experiencia durante su ingreso en el Hospital Clínico (HC). Por favor, indíquenos hasta qué punto está usted de acuerdo o en desacuerdo con los siguientes enunciados, sobre el servicio que usted recibió en el HC. Identifique el número adecuado, utilizando la siguiente escala. (Si está totalmente en desacuerdo con lo que le diré, indique el número 1. Si está totalmente de acuerdo, marque el número 7. Indique cualquier número para expresar su opinión. El número 4 identifica una categoría de respuesta que expresa indiferencia). No hay respuestas correctas ni incorrectas. Sólo interesa que nos indique un número que refleje con precisión lo que usted percibió durante su estancia en el HC.

1 = Total desacuerdo (TD).

2 = Desacuerdo (D).

3 = Relativo desacuerdo (RD).

4 = Indiferente (I). No estoy de acuerdo, ni tampoco en desacuerdo con este enunciado.

5 = Relativo acuerdo (RA).

6 = Acuerdo (A).

7 = Total acuerdo (TA).

\* ANTE LA RESPUESTA "NO LO SE", DEJAR LA PREGUNTA EN BLANCO.

N	Enunciado	TD	D	RD	I	MA	A	TA
12	Usted cree que el tiempo que pasó entre el ingreso y la intervención fue sólo el necesario.	1	2	3	4	5	6	7
13	Entendí que para una mejor comprobación, tuvieran que repetirme algunas pruebas.	1	2	3	4	5	6	7
14	Los trabajadores del HC se mostraron en todo momento dispuestos a ayudarme.	1	2	3	4	5	6	7
15	El médico que me atendió conocía perfectamente mi historial.	1	2	3	4	5	6	7
16	Los médicos y enfermeras que me atendieron me explicaron de una forma comprensible lo que debía saber acerca de mi estancia en el hospital.	1	2	3	4	5	6	7
17	Las explicaciones que recibí sobre mi situación / estado, fueron claras y me las repitieron hasta que las entendí.	1	2	3	4	5	6	7
18	Antes de ingresar tuve toda la información necesaria sobre mi estancia en el hospital.	1	2	3	4	5	6	7
19	En el momento del alta, alguien me explicó los trámites que debía hacer para que me resultaran ágiles y claros.	1	2	3	4	5	6	7
20	Cuando me dieron el alta, recibí suficiente información el tratamiento a seguir y las posibles visitas sucesivas.	1	2	3	4	5	6	7
21	Los profesionales que me atendieron evitaron mi dolor con los medios que tenían a su alcance.	1	2	3	4	5	6	7
22	Mis familiares y amigos pudieron venir a verme a cualquier hora sin límite de número.	1	2	3	4	5	6	7
23	En el HC recibí una atención personalizada.	1	2	3	4	5	6	7
24	Sentí respetada en todo momento mi dignidad e intimidad personal.	1	2	3	4	5	6	7
25	En el HC pude dormir y descansar sin que me interrumpieran demasiado (limpieza, enfermeras, comida, ...).	1	2	3	4	5	6	7
26	Mi compañero / a de habitación respetó el silencio.	1	2	3	4	5	6	7
27	Dispuse del tiempo suficiente y del lugar apropiado para recibir visitas.	1	2	3	4	5	6	7
28	El médico que me asistió (atendió) se presentó: dio a conocer su nombre.	1	2	3	4	5	6	7
29	Encontré salas de espera para los familiares.	1	2	3	4	5	6	7
30	El intervalo entre comidas fue razonable.	1	2	3	4	5	6	7
31	La cantidad de comida fue adecuada.	1	2	3	4	5	6	7
32	En el HC las habitaciones estaban limpias.	1	2	3	4	5	6	7
33	En el HC encontré los aparatos más eficaces y adecuados para determinar mi diagnóstico.	1	2	3	4	5	6	7

<b>N</b>	<b>Enunciado</b>	<b>TD</b>	<b>D</b>	<b>RD</b>	<b>I</b>	<b>MA</b>	<b>A</b>	<b>TA</b>
34	El trato del personal fue siempre correcto y amable.	1	2	3	4	5	6	7
35	La actitud de los empleados del HC me dio confianza respecto al seguimiento de mi caso.	1	2	3	4	5	6	7
36	El HC posee muy buenos profesionales.	1	2	3	4	5	6	7
37	La intervención en sí tiene mucho riesgo.	1	2	3	4	5	6	7
38	La experiencia de los médicos del HC comporta una importante disminución de complicaciones y riesgos.	1	2	3	4	5	6	7
39	Cuando me dieron el alta, mi estado de salud había mejorado substancialmente.	1	2	3	4	5	6	7
40	Salí del hospital satisfecho / a.	1	2	3	4	5	6	7
41	En general, mi valoración sobre los servicios que presta el HC es satisfactoria.	1	2	3	4	5	6	7
42	Puntúe del 1 (muy mal) al 7 (muy bien) la calidad de servicio que encontró en el HC.	1	2	3	4	5	6	7

**Anexo 8.**

Pareja de cuestionarios. Catarata.



**CATARATA.****CUESTIONARIO SOBRE EXPECTATIVAS (prehospitalización).**I. INSTRUCCIONES PARA EL ENCUESTADOR

**Objetivo:** Conocer el grado de concordancia o de discrepancia entre las expectativas y las percepciones de los clientes de un servicio para detectar las deficiencias en cada uno de los criterios de calidad.

II. INSTRUCCIONES PARA EL ENCUESTADO

Para conocer la opinión sobre su estancia en este hospital y poder así mejorar la calidad del servicio ofrecido por nuestro centro, le agradeceríamos que colaborase respondiendo este cuestionario.

Sus respuestas serán tratadas de manera **confidencial**. Nos interesa su opinión para que otros pacientes puedan beneficiarse de las mejoras aplicadas como consecuencia de este estudio.

Gracias por su comprensión y colaboración.

\* EXPLICAR SIN LEER

\* DAR IMPORTANCIA AL ESTUDIO

III. DATOS DE FILIACIÓN

i\* Edad:

ii\* Género:

1 = Hombre.

2 = Mujer.

iii\* Régimen de convivencia:

1 = vive sólo.

2 = vive acompañado.

iv\* Lugar de residencia:

1 = Barcelona.

2 = Fuera de Barcelona.

v\* ¿Ha estado ingresado anteriormente?:

1 = Sí.

2 = No.

vi\* Estudios realizados:

1 = Primarios.

2 = Secundarios o superiores.

vii\* Ocupación profesional actual:

1. Trabajos fuera del hogar.

2. Inactivo (parado, jubilado).

#### IV. ARTÍCULOS DE SATISFACCIÓN

Las siguientes declaraciones se refieren a lo que usted cree que va a encontrar cuando ingrese en el Hospital Clínico (HC). Por favor, indíquenos hasta qué punto está usted de acuerdo o en desacuerdo con los siguientes enunciados, sobre el servicio que recibirá usted del HC. Identifique el número adecuado, utilizando la siguiente escala. (Si está totalmente en desacuerdo con lo que le diré, indique el número 1. Si está totalmente de acuerdo, marque el número 7. Indique cualquier número para expresar su opinión. El número 4 identifica una categoría de respuesta que expresa indiferencia). No hay respuestas correctas ni incorrectas. Sólo interesa que nos señale un número que refleje con precisión lo que usted espera del HC.

1 = Total desacuerdo (TD).

2 = Desacuerdo (D).

3 = Relativo desacuerdo (RD).

4 = Indiferente (I). No estoy de acuerdo, ni tampoco en desacuerdo con este enunciado.

5 = Relativo acuerdo (RA).

6 = Acuerdo (A).

7 = Total acuerdo (TA)

\* EJEMPLO: "CREO QUE EL BARÇA GANARA LA LIGA"

\* ANTE LA RESPUESTA "NO LO SE", DEJAR LA PREGUNTA EN BLANCO.

\* ESCUCHAR LAS RESPUESTAS DESDE LA EXPECTATIVA PREVISTA, (CREO QUE) NO DESDE LA PERSPECTIVA DE LA EXPECTATIVA DESEADA (ESPERO QUE).

N	Enunciado	TD	D	RD	I	MA	A	TA
1	Los trabajadores del HC se mostraran en todo momento dispuestos a ayudarme.	1	2	3	4	5	6	7
2	El médico que me atienda conocerá perfectamente mi historial.	1	2	3	4	5	6	7
3	Los médicos y enfermeras que me van a atender me explicaran de una forma comprensible lo que he de saber durante mi estancia en el hospital.	1	2	3	4	5	6	7
4	Las explicaciones que voy a recibir sobre mi situación / estado, serán claras y me las repetirán hasta que las entienda.	1	2	3	4	5	6	7
5	Antes de ingresar tendré toda la información necesaria sobre mi estancia en el hospital.	1	2	3	4	5	6	7
6	En el momento del alta, alguien me explicara los tramites que he de hacer para que me resulten ágiles y claros.	1	2	3	4	5	6	7
7	Cuando me den el alta, recibiré información suficiente sobre el tratamiento a seguir y las posibles visitas sucesivas.	1	2	3	4	5	6	7
8	Mis familiares y amigos podrán venir a verme a cualquier hora sin limite de numero.	1	2	3	4	5	6	7
9	Sentiré respetada en todo momento mi dignidad e intimidad personal.	1	2	3	4	5	6	7
10	En el HC podré dormir y descansar sin que me interrumpen.	1	2	3	4	5	6	7
11	Mi compañero/a de habitación respetara el silencio.	1	2	3	4	5	6	7
12	Dispondré del tiempo suficiente y del lugar apropiado para recibir visitas.	1	2	3	4	5	6	7
13	El intervalo entre comidas será razonable.	1	2	3	4	5	6	7
14	La cantidad de comida será adecuada.	1	2	3	4	5	6	7
15	El trato del personal será siempre correcto y amable.	1	2	3	4	5	6	7
16	La actitud de los empleados del HC me dará confianza.	1	2	3	4	5	6	7
17	Cuando me den el alta, mi estado de salud habrá mejorado substancialmente.	1	2	3	4	5	6	7

**CATARATA.****CUESTIONARIO SOBRE CALIDAD PERCIBIDA  
(posthospitalización).**I. INSTRUCCIONES PARA EL ENCUESTADOR

**Objetivo:** Conocer el grado de concordancia o de discrepancia entre las expectativas y las percepciones de los clientes de un servicio para detectar las deficiencias en cada uno de los criterios de calidad.

II. INSTRUCCIONES PARA EL ENCUESTADO

Para conocer la opinión sobre su estancia en este hospital y poder así mejorar la calidad del servicio ofrecido por nuestro centro, le agradeceríamos que colaborase respondiendo este cuestionario.

Sus respuestas serán tratadas de manera **confidencial**. Nos interesa su opinión para que otros pacientes puedan beneficiarse de las mejoras aplicadas como consecuencia de este estudio.

Gracias por su comprensión y colaboración.

- \* EXPLICAR SIN LEER
- \* DAR IMPORTANCIA AL ESTUDIO

III. DATOS DE FILIACIÓN

i\* Edad:

ii\* Género:

1 = Hombre.

2 = Mujer.

iii\* Régimen de convivencia:

1 = vive sólo.

2 = vive acompañado.

iv\* Lugar de residencia:

1 = Barcelona.

2 = Fuera de Barcelona.

v\* ¿Ha estado ingresado anteriormente?:

1 = Sí.

2 = No.

vi\* Estudios realizados:

1 = Primarios.

2 = Secundarios o superiores.

vii\* Ocupación profesional actual:

1. Trabajos fuera del hogar.

2. Inactivo (parado, jubilado).

#### IV. ARTÍCULOS DE SATISFACCIÓN

Las siguientes declaraciones se refieren a su experiencia durante su ingreso en el Hospital Clínico (HC). Por favor, indíquenos hasta qué punto está usted de acuerdo o en desacuerdo con los siguientes enunciados, sobre el servicio que usted recibió en el HC. Identifique el número adecuado, utilizando la siguiente escala. (Si está totalmente en desacuerdo con lo que le diré, indique el número 1. Si está totalmente de acuerdo, marque el número 7. Indique cualquier número para expresar su opinión. El número 4 identifica una categoría de respuesta que expresa indiferencia). No hay respuestas correctas ni incorrectas. Sólo interesa que nos señale un número que refleje con precisión lo que usted espera del HC.

1 = Total desacuerdo (TD).

2 = Desacuerdo (D).

3 = Relativo desacuerdo (RD).

4 = Indiferente (I). No estoy de acuerdo, ni tampoco en desacuerdo con este enunciado.

5 = Relativo acuerdo (RA).

6 = Acuerdo (A).

7 = Total acuerdo (TA)

\* ANTE LA RESPUESTA "NO LO SE", DEJAR LA PREGUNTA EN BLANCO.



N	Enunciado	TD	D	RD	I	MA	A	TA
1	Los trabajadores del HC se mostraron en todo momento dispuestos a ayudarme.	1	2	3	4	5	6	7
2	El médico que me atendió conocía perfectamente mi historial.	1	2	3	4	5	6	7
3	Los médicos y enfermeras que me atendieron me explicaron de una forma comprensible lo que debía saber acerca de mi estancia en el hospital.	1	2	3	4	5	6	7
4	Las explicaciones que recibí sobre mi situación/estado, fueron comprensibles y me las repitieron hasta que las entendí.	1	2	3	4	5	6	7
5	Antes de ingresar tuve toda la información necesaria sobre mi estancia en el hospital.	1	2	3	4	5	6	7
6	En el momento del alta, alguien me explicó los tramites que debía hacer para que me resultaran ágiles y claros.	1	2	3	4	5	6	7
7	Cuando me dieron el alta, recibí información suficiente sobre el tratamiento a seguir y las posibles visitas sucesivas.	1	2	3	4	5	6	7
8	Mis familiares y amigos pudieron venir a verme a cualquier hora sin límite de número.	1	2	3	4	5	6	7
9	Sentí respetada en todo momento mi dignidad e intimidad personal.	1	2	3	4	5	6	7
10	En el HC pude dormir y descansar sin que me interrumpieran demasiado (limpieza, enfermeras, comida,...).	1	2	3	4	5	6	7
11	Mi compañero/a de habitación respetó el silencio.	1	2	3	4	5	6	7
12	Dispuse del tiempo suficiente y del lugar apropiado para recibir visitas.	1	2	3	4	5	6	7
13	El intervalo entre comidas fue razonable.	1	2	3	4	5	6	7
14	La cantidad de comida fue adecuada.	1	2	3	4	5	6	7
15	El trato del personal fue siempre correcto y amable.	1	2	3	4	5	6	7
16	La actitud de los empleados del HC me dio confianza.	1	2	3	4	5	6	7
17	Cuando me dieron el alta, mi estado de salud había mejorado substancialmente.	1	2	3	4	5	6	7

**Anexo 9.**

Pareja de cuestionarios. Hernia.

**HERNIA.****CUESTIONARIO SOBRE EXPECTATIVAS (prehospitalización).**I. INSTRUCCIONES PARA EL ENCUESTADOR

**Objetivo:** Conocer el grado de concordancia o de discrepancia entre las expectativas y las percepciones de los clientes de un servicio para detectar las deficiencias en cada uno de los criterios de calidad.

II. INSTRUCCIONES PARA EL ENCUESTADO

Para conocer la opinión sobre su estancia en este hospital y poder así mejorar la calidad del servicio ofrecido por nuestro centro, le agradeceríamos que colaborase respondiendo este cuestionario.

Sus respuestas serán tratadas de manera **confidencial**. Nos interesa su opinión para que otros pacientes puedan beneficiarse de las mejoras aplicadas como consecuencia de este estudio.

Gracias por su comprensión y colaboración.

\* EXPLICAR SIN LEER

\* DAR IMPORTANCIA AL ESTUDIO

III. DATOS DE FILIACIÓN

i\* Edad:

ii\* Género:

1 = Hombre.

2 = Mujer.

iii\* Régimen de convivencia:

1 = vive sólo.

2 = vive acompañado.

iv\* Lugar de residencia:

1 = Barcelona.

2 = Fuera de Barcelona.

v\* ¿Ha estado ingresado anteriormente?:

1 = Sí.

2 = No.

vi\* Estudios realizados:

1 = Primarios.

2 = Secundarios o superiores.

vii\* Ocupación profesional actual:

1. Trabajos fuera del hogar.

2. Inactivo (parado, jubilado).

#### IV. ARTÍCULOS DE SATISFACCIÓN

Las siguientes declaraciones se refieren a lo que usted cree que va a encontrar cuando ingrese en el Hospital Clínico (HC). Por favor, indíquenos hasta qué punto está usted de acuerdo o en desacuerdo con los siguientes enunciados, sobre el servicio que recibirá usted del HC. Identifique el número adecuado, utilizando la siguiente escala. (Si está totalmente en desacuerdo con lo que le diré, indique el número 1. Si está totalmente de acuerdo, marque el número 7. Indique cualquier número para expresar su opinión. El número 4 identifica una categoría de respuesta que expresa indiferencia). No hay respuestas correctas ni incorrectas. Sólo interesa que nos señale un número que refleje con precisión lo que usted espera del HC.

1 = Total desacuerdo (TD).

2 = Desacuerdo (D).

3 = Relativo desacuerdo (RD).

4 = Indiferente (I). No estoy de acuerdo, ni tampoco en desacuerdo con este enunciado.

5 = Relativo acuerdo (RA).

6 = Acuerdo (A).

7 = Total acuerdo (TA)

\* EJEMPLO: "CREO QUE EL BARÇA GANARA LA LIGA"

\* ANTE LA RESPUESTA "NO LO SE", DEJAR LA PREGUNTA EN BLANCO.

\* ESCUCHAR LAS RESPUESTAS DESDE LA EXPECTATIVA PREVISTA, (CREO QUE) NO DESDE LA PERSPECTIVA DE LA EXPECTATIVA DESEADA (ESPERO QUE).

N	Enunciado	TD	D	RD	I	MA	A	TA
1	Los trabajadores del HC se mostrarán en todo momento dispuestos a ayudarme.	1	2	3	4	5	6	7
2	El médico que me atienda conocerá perfectamente mi historial.	1	2	3	4	5	6	7
3	Los médicos y enfermeras que me van a atender me explicarán de una forma comprensible lo que he de saber durante mi estancia en el hospital.	1	2	3	4	5	6	7
4	Las explicaciones que voy a recibir sobre mi situación / estado, serán claras y me las repetirán hasta que las entienda.	1	2	3	4	5	6	7
5	Antes de ingresar tendré toda la información necesaria sobre mi estancia en el hospital.	1	2	3	4	5	6	7
6	En el momento del alta, alguien me explicará los trámites que he de hacer para que me resulten ágiles y claros.	1	2	3	4	5	6	7
7	Cuando me den el alta, recibiré información suficiente sobre el tratamiento a seguir y las posibles visitas sucesivas.	1	2	3	4	5	6	7
8	En el HC podré dormir y descansar sin que me interrumpen.	1	2	3	4	5	6	7
9	Mi compañero/a de habitación respetará el silencio.	1	2	3	4	5	6	7
10	Dispondré del tiempo suficiente y del lugar apropiado para recibir visitas.	1	2	3	4	5	6	7
11	El intervalo entre comidas será razonable.	1	2	3	4	5	6	7
12	La cantidad de comida será adecuada.	1	2	3	4	5	6	7
13	El trato del personal será siempre correcto y amable.	1	2	3	4	5	6	7
14	La actitud de los empleados del HC me dará confianza.	1	2	3	4	5	6	7
15	La experiencia de los médicos del HC comporta una importante disminución de complicaciones y riesgos.	1	2	3	4	5	6	7
16	Cuando me den el alta, mi estado de salud habrá mejorado substancialmente.	1	2	3	4	5	6	7
17	Saldré del hospital satisfecho/a.	1	2	3	4	5	6	7
18	En general, mi valoración sobre los servicios que presta el HC será satisfactoria.	1	2	3	4	5	6	7

**HERNIA.****CUESTIONARIO SOBRE CALIDAD PERCIBIDA****(posthospitalización).**I. INSTRUCCIONES PARA EL ENCUESTADOR

**Objetivo:** Conocer el grado de concordancia o de discrepancia entre las expectativas y las percepciones de los clientes de un servicio para detectar las deficiencias en cada uno de los criterios de calidad.

II. INSTRUCCIONES PARA EL ENCUESTADO

Para conocer la opinión sobre su estancia en este hospital y poder así mejorar la calidad del servicio ofrecido por nuestro centro, le agradeceríamos que colaborase respondiendo este cuestionario.

Sus respuestas serán tratadas de manera **confidencial**. Nos interesa su opinión para que otros pacientes puedan beneficiarse de las mejoras aplicadas como consecuencia de este estudio.

Gracias por su comprensión y colaboración.

\* EXPLICAR SIN LEER

\* DAR IMPORTANCIA AL ESTUDIO



III. DATOS DE FILIACIÓN

i\* Edad:

ii\* Género:

1 = Hombre.

2 = Mujer.

iii\* Régimen de convivencia:

1 = vive sólo.

2 = vive acompañado.

iv\* Lugar de residencia:

1 = Barcelona.

2 = Fuera de Barcelona.

v\* ¿Ha estado ingresado anteriormente?:

1 = Sí.

2 = No.

vi\* Estudios realizados:

1 = Primarios.

2 = Secundarios o superiores.

vii\* Ocupación profesional actual:

1. Trabajos fuera del hogar.

2. Inactivo (parado, jubilado).

#### IV. ARTÍCULOS DE SATISFACCIÓN

Las siguientes declaraciones se refieren a su experiencia durante su ingreso en el Hospital Clínico (HC). Por favor, indíquenos hasta qué punto está usted de acuerdo o en desacuerdo con los siguientes enunciados, sobre el servicio que usted recibió en el HC. Identifique el número adecuado, utilizando la siguiente escala. (Si está totalmente en desacuerdo con lo que le diré, indique el número 1. Si está totalmente de acuerdo, marque el número 7. Indique cualquier número para expresar su opinión. El número 4 identifica una categoría de respuesta que expresa indiferencia). No hay respuestas correctas ni incorrectas. Sólo interesa que nos señale un número que refleje con precisión lo que usted espera del HC.

1 = Total desacuerdo (TD).

2 = Desacuerdo (D).

3 = Relativo desacuerdo (RD).

4 = Indiferente (I). No estoy de acuerdo, ni tampoco en desacuerdo con este enunciado.

5 = Relativo acuerdo (RA).

6 = Acuerdo (A).

7 = Total acuerdo (TA)

\* ANTE LA RESPUESTA "NO LO SE", DEJAR LA PREGUNTA EN BLANCO.

N	Enunciado	TD	D	RD	I	MA	A	TA
1	Los trabajadores del HC se mostraron en todo momento dispuestos a ayudarme.	1	2	3	4	5	6	7
2	El médico que me atendió conocía perfectamente mi historial.	1	2	3	4	5	6	7
3	Los médicos y enfermeras que me atendieron me explicaron de una forma comprensible lo que debía saber acerca de mi estancia en el hospital.	1	2	3	4	5	6	7
4	Las explicaciones que recibí sobre mi situación/estado, fueron comprensibles y me las repitieron hasta que las entendí.	1	2	3	4	5	6	7
5	Antes de ingresar tuve toda la información necesaria sobre mi estancia en el hospital.	1	2	3	4	5	6	7
6	En el momento del alta, alguien me explicó los tramites que debía hacer para que me resultaran ágiles y claros.	1	2	3	4	5	6	7
7	Cuando me dieron el alta, recibí información suficiente sobre el tratamiento a seguir y las posibles visitas sucesivas.	1	2	3	4	5	6	7
8	En el HC pude dormir y descansar sin que me interrumpieran demasiado (limpieza, enfermeras, comida,...).	1	2	3	4	5	6	7
9	Mi compañero/a de habitación respetó el silencio.	1	2	3	4	5	6	7
10	Dispuse del tiempo suficiente y del lugar apropiado para recibir visitas.	1	2	3	4	5	6	7
11	El intervalo entre comidas fue razonable.	1	2	3	4	5	6	7
12	La cantidad de comida fue adecuada.	1	2	3	4	5	6	7
13	El trato del personal fue siempre correcto y amable.	1	2	3	4	5	6	7
14	La actitud de los empleados del HC me dio confianza.	1	2	3	4	5	6	7
15	La experiencia de los médicos del HC comporta una importante disminución de complicaciones y riesgos.	1	2	3	4	5	6	7
16	Cuando me dieron el alta, mi estado de salud había mejorado substancialmente.	1	2	3	4	5	6	7
17	Salí del hospital satisfecho/a.	1	2	3	4	5	6	7
18	En general, mi valoración sobre los servicios que presta el HC es satisfactoria.	1	2	3	4	5	6	7

**Anexo 10.**

Pareja de cuestionarios. Parto.

**MUJERES EMBARAZADAS.****CUESTIONARIO SOBRE EXPECTATIVAS (parto).**I. INSTRUCCIONES PARA EL ENCUESTADOR

**Objetivo:** Conocer el grado de concordancia o de discrepancia entre las expectativas y las percepciones de los clientes de un servicio para detectar las deficiencias en cada uno de los criterios de calidad.

II. INSTRUCCIONES PARA EL ENCUESTADO

Para conocer la opinión sobre su estancia en este hospital y poder así mejorar la calidad del servicio ofrecido por nuestro centro, le agradeceríamos que colaborase respondiendo este cuestionario.

Sus respuestas serán tratadas de manera **confidencial**. Nos interesa su opinión para que otras mujeres puedan beneficiarse de las mejoras aplicadas como consecuencia de este estudio.

Gracias por su comprensión y colaboración.

\* EXPLICAR SIN LEER

\* DAR IMPORTANCIA AL ESTUDIO

III. DATOS DE FILIACIÓN

i\* Edad:

ii\* Domicilio:

1 = Barcelona.

2 = Fuera de Barcelona.

iii\* ¿Es el primer embarazo?:

1 = Sí.

2 = No.

iv\* Estudios realizados:

1 = No universitarios.

3 = Universitarios.

v\* Situación laboral actual:

1 = Trabaja fuera del hogar.

2 = Inactiva.

#### IV. ARTÍCULOS DE SATISFACCIÓN

Las siguientes declaraciones se refieren a lo que usted cree que va a encontrar cuando ingrese en el Hospital Clínico (HC). Por favor, indíquenos hasta qué punto está usted de acuerdo o en desacuerdo con los siguientes enunciados, sobre el servicio que recibirá usted del HC. Identifique el número adecuado, utilizando la siguiente escala. (Si está totalmente en desacuerdo con lo que le diré, indique el número 1. Si está totalmente de acuerdo, marque el número 7. Indique cualquier número para expresar su opinión. El número 4 identifica una categoría de respuesta que expresa indiferencia). No hay respuestas correctas ni incorrectas. Sólo interesa que nos señale un número que refleje con precisión lo que usted espera del HC.

1 = Total desacuerdo (TD).

2 = Desacuerdo (D).

3 = Relativo desacuerdo (RD).

4 = Indiferente (I). No estoy de acuerdo, ni tampoco en desacuerdo con este enunciado.

5 = Relativo acuerdo (RA).

6 = Acuerdo (A).

7 = Total acuerdo (TA)

\* EJEMPLO: "CREO QUE EL BARÇA GANARA LA LIGA"

\* ANTE LA RESPUESTA "NO LO SE", DEJAR LA PREGUNTA EN BLANCO.

\* ESCUCHAR LAS RESPUESTAS DESDE LA EXPECTATIVA PREVISTA, (CREO QUE) NO DESDE LA PERSPECTIVA DE LA EXPECTATIVA DESEADA (ESPERO QUE).



N	Enunciado	TD	D	RD	I	MA	A	TA
1	El médico que me atienda conocerá perfectamente mi historial.	1	2	3	4	5	6	7
2	Los médicos y enfermeras que me van a atender me explicarán de una forma comprensible lo que he de saber durante mi estancia en el hospital.	1	2	3	4	5	6	7
3	Las explicaciones que voy a recibir sobre mi estado, serán claras y me las repetirán hasta que las entienda.	1	2	3	4	5	6	7
4	Antes de ingresar tendré toda la información necesaria sobre mi estancia en el hospital.	1	2	3	4	5	6	7
5	En el momento del alta, alguien me explicará los trámites que he de hacer para que me resulten ágiles y claros.	1	2	3	4	5	6	7
6	Cuando me den el alta, recibiré información suficiente sobre el tratamiento a seguir y las posibles visitas sucesivas.	1	2	3	4	5	6	7
7	Mis familiares y amigos podrán venir a verme a cualquier hora sin límite de número.	1	2	3	4	5	6	7
8	En el HC podré dormir y descansar sin que me interrumpan.	1	2	3	4	5	6	7
9	Mi compañera de habitación respetará el silencio.	1	2	3	4	5	6	7
10	Dispondré del tiempo suficiente y del lugar apropiado para recibir visitas.	1	2	3	4	5	6	7
11	El intervalo entre comidas será razonable.	1	2	3	4	5	6	7
12	La cantidad de comida será adecuada.	1	2	3	4	5	6	7
13	En el HC las habitaciones estarán limpias.	1	2	3	4	5	6	7
14	La actitud de los empleados del HC me dará confianza.	1	2	3	4	5	6	7
15	Cuando me den el alta, mi estado de salud habrá mejorado substancialmente.	1	2	3	4	5	6	7
16	Saldré del hospital satisfecha.	1	2	3	4	5	6	7
17	En general, mi valoración sobre los servicios que presta el HC será satisfactoria.	1	2	3	4	5	6	7
18	Puntúe del 1 (muy mal) al 7 (muy bien) la calidad de servicio que espera encontrar en el HC.	1	2	3	4	5	6	7

**MUJERES EMBARAZADAS.****CUESTIONARIO SOBRE CALIDAD PERCIBIDA (postparto).**I. INSTRUCCIONES PARA EL ENCUESTADOR

**Objetivo:** Conocer el grado de concordancia o de discrepancia entre las expectativas y las percepciones de los clientes de un servicio para detectar las deficiencias en cada uno de los criterios de calidad.

II. INSTRUCCIONES PARA EL ENCUESTADO

Para conocer la opinión sobre su estancia en este hospital y poder así mejorar la calidad del servicio ofrecido por nuestro centro, le agradeceríamos que colaborase respondiendo este cuestionario.

Sus respuestas serán tratadas de manera **confidencial**. Nos interesa su opinión para que otras mujeres puedan beneficiarse de las mejoras aplicadas como consecuencia de este estudio.

Gracias por su comprensión y colaboración.

\* EXPLICAR SIN LEER

\* DAR IMPORTANCIA AL ESTUDIO

III. DATOS DE FILIACIÓN

i\* Edad:

ii\* Domicilio:

1 = Barcelona.

2 = Fuera de Barcelona.

iii\* ¿Es el primer embarazo?:

1 = Sí.

2 = No.

iv\* Estudios realizados:

1 = No universitarios.

3 = Universitarios.

v\* Situación laboral actual:

1 = Trabaja fuera del hogar.

2 = Inactiva.

#### IV. ARTÍCULOS DE SATISFACCIÓN

Las siguientes declaraciones se refieren a su experiencia durante su ingreso en el Hospital Clínico (HC). Por favor, indíquenos hasta qué punto está usted de acuerdo o en desacuerdo con los siguientes enunciados, sobre el servicio que usted recibió en el HC. Identifique el número adecuado, utilizando la siguiente escala. (Si está totalmente en desacuerdo con lo que le diré, indique el número 1. Si está totalmente de acuerdo, marque el número 7. Indique cualquier número para expresar su opinión. El número 4 identifica una categoría de respuesta que expresa indiferencia). No hay respuestas correctas ni incorrectas. Sólo interesa que nos señale un número que refleje con precisión lo que usted espera del HC.

1 = Total desacuerdo (TD).

2 = Desacuerdo (D).

3 = Relativo desacuerdo (RD).

4 = Indiferente (I). No estoy de acuerdo, ni tampoco en desacuerdo con este enunciado.

5 = Relativo acuerdo (RA).

6 = Acuerdo (A).

7 = Total acuerdo (TA)

\* ANTE LA RESPUESTA "NO LO SE", DEJAR LA PREGUNTA EN BLANCO.

N	Enunciado	TD	D	RD	I	MA	A	TA
1	El médico que me atendió conocía perfectamente mi historial.	1	2	3	4	5	6	7
2	Los médicos y enfermeras que me atendieron me explicaron de una forma comprensible lo que debía saber acerca de mi estancia en el hospital.	1	2	3	4	5	6	7
3	Las explicaciones que recibí sobre mi situación/estado, fueron comprensibles y me las repitieron hasta que las entendí.	1	2	3	4	5	6	7
4	Antes de ingresar tuve toda la información necesaria sobre mi estancia en el hospital.	1	2	3	4	5	6	7
5	En el momento del alta, alguien me explicó los trámites que debía hacer para que me resultaran ágiles y claros.	1	2	3	4	5	6	7
6	Cuando me dieron el alta, recibí información suficiente sobre el tratamiento a seguir y las posibles visitas sucesivas.	1	2	3	4	5	6	7
7	Mis familiares y amigos pudieron venir a verme a cualquier hora sin límite de número.	1	2	3	4	5	6	7
8	En el HC pude dormir y descansar sin que me interrumpieran demasiado (limpieza, enfermeras, comida, ...).	1	2	3	4	5	6	7
9	Mi compañera de habitación respetó el silencio.	1	2	3	4	5	6	7
10	Dispuse del tiempo suficiente y del lugar apropiado para recibir visitas.	1	2	3	4	5	6	7
11	El intervalo entre comidas fue razonable.	1	2	3	4	5	6	7
12	La cantidad de comida fue adecuada.	1	2	3	4	5	6	7
13	En el HC las habitaciones estaban limpias.	1	2	3	4	5	6	7
14	La actitud de los empleados del HC me dio confianza.	1	2	3	4	5	6	7
15	Cuando me dieron el alta, mi estado de salud había mejorado substancialmente.	1	2	3	4	5	6	7
16	Salí del hospital satisfecha.	1	2	3	4	5	6	7
17	En general, mi valoración sobre los servicios que presta el HC fue satisfactoria.	1	2	3	4	5	6	7
18	Puntúe del 1 (muy mal) al 7 (muy bien) la calidad de servicio que encontró en el HC.	1	2	3	4	5	6	7