

**DEPARTAMENTO DE PODOLOGÍA**  
**FACULTAD DE ENFERMERÍA, FISIOTERAPIA Y PODOLOGÍA**  
**UNIVERSIDAD DE SEVILLA**



**EVALUACIÓN DE LA PERCEPCIÓN  
DE LA CALIDAD ASISTENCIAL EN  
EL ÁREA CLÍNICA PODOLÓGICA  
DE LA UNIVERSIDAD DE SEVILLA**

**Manuel Coheña Jiménez**

**TESIS DOCTORAL**

**Director: Prof. Dr. D. José Ramos Galván**

Sevilla, Febrero 2.012

**DEPARTAMENTO DE PODOLOGÍA**



**“EVALUACIÓN DE LA PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD ASISTENCIAL EN  
EL ÁREA CLÍNICA PODOLÓGICA DE LA UNIVERSIDAD DE SEVILLA”**

Tesis presentada para aspirar al grado de doctor por D. Manuel Coheña Jiménez,  
dirigida por el Doctor Profesor D. José Ramos Galván.

Sevilla, Febrero de 2.012

El Director,

El doctorando,

Fdo: Prof. Dr. José Ramos Galván

Fdo: D. Manuel Coheña Jiménez

**DEPARTAMENTO DE PODOLOGÍA**  
**FACULTAD DE ENFERMERÍA, FISIOTERAPIA Y PODOLOGÍA**  
**UNIVERSIDAD DE SEVILLA**



**Dr. D. José Ramos Galván**, profesor Titular de la Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología de la Universidad de Sevilla, adscrito al departamento de Podología,

**HAGO CONSTAR:**

Que D. Manuel Coheña Jiménez ha realizado, bajo su dirección y coordinación, este Trabajo Original de Investigación titulado: **“Evaluación de la percepción de calidad asistencial en el Área Clínica Podológica de la Universidad de Sevilla”**, para optar al grado de Doctor por la Universidad de Sevilla, y que dicho trabajo reúne las condiciones necesarias para ser sometido a lectura y discusión ante el tribunal.

Sevilla, Febrero de 2.012

El Director,

Fdo: Prof. Dr. José Ramos Galván



## **AGRADECIMIENTOS**

Quiero en estas breves líneas agradecer los apoyos recibidos durante el proceso de elaboración de esta tesis doctoral, que aunque parezca mentira ha culminado favorablemente y tras mucho sufrimiento personal y familiar para alcanzar este logro.

Al profesor Dr. José Ramos Galván, por su amable acogida y por aceptar la dirección de este trabajo, por creer en mi proyecto, por su trato, su tiempo de dedicación y por transmitirme sus conocimientos y experiencias tanto en lo profesional como en lo humano. Por ser un verdadero maestro que me ha enseñado a amar la Podología.

A la Dirección y personal del Área Clínica Podológica de la Universidad de Sevilla, por su ayuda y por facilitarme en todo momento la tarea y el trabajo de campo especialmente a sus Directores Dr. Pedro Vicente Munuera Martínez y Dr. Rafael Rayo Rosado.

A todo el profesorado y expertos de la Facultad de Podología de la Universidad de Sevilla, si bien no puedo difundir sus nombres, gracias por su brillantez y pasión.

A Álvaro por su ayuda, conocimientos y orientación con el tratamiento y análisis estadístico de los datos.

Y como no, a los principales protagonistas de este proyecto, los usuarios del Área Clínica Podológica por su actitud positiva, y desinteresada participación en el estudio, pues sin su ayuda este trabajo no hubiera sido posible.

Finalmente he de agradecer de una manera especial a mis compañeros de trabajo y amigos, a mi familia y mis hermanas por su comprensión, apoyo incondicional, paciencia e inestimable ayuda y por compartir la ilusión de este trabajo conmigo. Y que han entendido la necesidad de renunciar mi tiempo de dedicación a ellos.

Y a todas aquellas personas que de una u otra manera colaboraron y participaron en la realización de este trabajo, hago extensivo mi más sincero agradecimiento.

A todos muchas gracias desde mi corazón.

## DEDICATORIA

*“Hay hombres que luchan un día y son buenos. Hay otros que luchan un año y son los mejores. Hay quienes luchan muchos años y son muy buenos. Pero hay los que luchan toda la vida; esos son los imprescindibles”* (Bertor Brech).

*“La Podología debe estar en sintonía con la evolución del proceso asistencial”*

*A mi madre María Angustias, por estar siempre a mi lado  
y por todo lo que me ha enseñado en la vida.*

<b>1. INTRODUCCIÓN.</b>	4
<b>2. MARCO TEÓRICO.</b>	8
2.1. CALIDAD Y CALIDAD DE SERVICIO.	10
2.2. SERVQUAL de Parasuraman, Zeithalm y Berry	20
2.3. SERVPERF	25
2.4. OTROS CUESTIONARIOS	26
2.5. ESTUDIOS SOBRE LA CALIDAD EN EL ÁREA CLÍNICA PODOLÓGICA DE LA UNIVERSIDAD DE SEVILLA.	28
2.6. CUESTIONARIO. DEFINICIÓN, ESCALA DE MEDIDA Y DIMENSIONES	30
2.7. FIABILIDAD	34
2.8. VALIDEZ	36
<b>3. OBJETIVOS.</b>	42
3.1. OBJETIVO GENERAL	42
3.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS	42
<b>4. MATERIAL Y MÉTODO.</b>	44
4.1. CUESTIONARIO	44
4.2. PROPIEDADES MÉTRICAS DEL CUESTIONARIO	48
4.3. PILOTAJE	50
4.4. TIPO DE ESTUDIO.	54
4.5. TIPO DE MUESTREO	54
4.6. POBLACIÓN DE ESTUDIO.	54
4.7. CÁLCULO DEL TAMAÑO MUESTRAL	56

4.8.	RECOGIDA DE DATOS.	56
4.9.	ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES.	58
4.10.	RECURSOS HUMANOS Y MATERIALES.	58
<b>5.</b>	<b>RESULTADOS.</b>	<b>60</b>
5.1.	CARACTERÍSTICA MÉTRICAS DE LA ESCALA	61
5.2.	DESCRIPTIVO DE LA MUESTRA.	69
5.2.1.	SEXO	69
5.2.2.	EDAD	70
5.2.3.	NIVEL DE ESTUDIOS	72
5.2.4	LOCALIDAD DE RESIDENCIA	73
5.2.5	SITUACIÓN LABORAL	74
5.3	RESULTADOS DEL CUESTIONARIO	74
5.4	RESULTADOS POR FACTORES	80
<b>6.</b>	<b>DISCUSIÓN</b>	<b>100</b>
6.1	LIMITACIONES DEL ESTUDIO	123
<b>7.</b>	<b>CONCLUSIONES</b>	<b>124</b>
<b>8.</b>	<b>RESUMEN</b>	<b>126</b>
<b>9.</b>	<b>BIBLIOGRAFÍA</b>	<b>129</b>
<b>10.</b>	<b>ANEXOS</b>	<b>152</b>
I.	CUESTIONARIO	153
II.	AUTORIZACIÓN DEL COMITÉ ÉTICO DE EXPERIMENTACIÓN DELA UNIVERSIDAD DE SEVILLA	155

## 1. - INTRODUCCIÓN

La presente tesis doctoral tiene como objetivo evaluar la percepción de la Calidad Asistencial de la Clínica Universitaria de Podología de la Universidad de Sevilla. Es un centro de características docente- asistencial y siendo conscientes de esta realidad nos hemos planteado el interés por conocer la opinión de nuestros usuarios.

Una opinión compartida por muchos de los que hoy en día somos profesionales de la Podología y que en su día fuimos estudiantes de este centro, es la buena aceptación y valoración positiva de los pacientes que acuden a él por problemas derivados de la falta de salud podológica. Y partiendo del aforismo de que “ Sólo se puede mejorar cuando se puede medir”, en general esta opinión es muy favorable pero podemos afirmar que no se encuentra cuantificada ni registrada con una metodología rigurosa y científica que permita un aporte a la ciencia y un aumento del cuerpo de conocimientos de la disciplina podológica.

Para ello comenzaremos estudiando el comportamiento psicométrico del cuestionario diseñado, pues consideramos necesario documentar las propiedades psicométricas de dicho cuestionario en el ámbito concreto en el que se aplica. Los resultados de este trabajo tienen indicadores de validez y fiabilidad de dicho cuestionario que son de interés tanto en la investigación como en la práctica clínica.

Históricamente el concepto de Calidad Asistencial ha estado presente en los servicios sanitarios. El tema de la Calidad se ha convertido en un asunto recurrente en los servicios de salud actuales. La justificación de la elección del tema de investigación está motivada por el creciente protagonismo de los pacientes en los servicios de salud, principalmente, en la toma en consideración de sus opiniones sobre la asistencia sanitaria recibida, así como en la evaluación continua de estos servicios de salud. Existen numerosos estudios que centran al paciente como pieza fundamental en el sistema sanitario. La importancia de ofrecer un servicio de Calidad ha sido destacada por numerosos investigadores.

Actualmente los sistemas sanitarios tienen el reto de introducir nuevos valores que reorienten los servicios de salud hacia una cultura de Calidad en la Atención sanitaria y de buenas prácticas en el ejercicio profesional. La Podología debe estar en sintonía con la evolución del proceso asistencial. Una de las principales líneas de reforma y modernización de los sistemas sanitarios públicos en los últimos años es la necesidad de mejorar la participación colectiva en la toma de decisiones en sanidad. Lo que plantea la necesidad de que la sociedad civil, la ciudadanía, tenga un mayor protagonismo en la gestión de los recursos públicos, entre los que destaca la sanidad y los servicios sanitarios. En nuestra revisión bibliográfica no se ha encontrado ningún trabajo similar relacionado con la opinión de los usuarios sobre la asistencia podológica recibida en Clínicas Universitarias.

En nuestro trabajo hemos revisado los resultados de algunas de las investigaciones más relevantes, que se han realizado en relación a la Calidad en servicios sanitarios, en entornos con características lo más similares a las prestadas en el ACP (Área Clínica Podológica), entre los que se encuentran las consultas externas especializadas hospitalarias y los centros de salud de Atención Primaria, que cuentan con régimen ambulatorio, pero que son de carácter público mayoritariamente y muchos de ellos, son estudios y trabajos sin metodología científica aceptable y que en la mayoría de los casos no presentan validación de sus instrumentos de medida.

Por otra parte, somos conscientes que la investigación en el campo de las Ciencias de la Salud se ha basado, mayoritariamente, en estudios de tipo cuantitativo, con el objetivo de medir o cuantificar de forma objetiva hechos basados en una hipótesis de estudio concreta, siendo el empleo de la metodología cualitativa más escaso y de aplicación en estudios con características determinadas.

El Área Clínica Podológica de la Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología de la Universidad de Sevilla presta un servicio de salud a la sociedad, más concretamente a la ciudad y provincia de Sevilla, fundamentalmente, pero su producción científica está presente en todo el ámbito nacional e internacional. El volumen y características propias de los usuarios de este centro hacen conveniente estudiar la Calidad de Atención

sanitaria prestada por este servicio, mediante el diseño de un cuestionario específicamente para estos usuarios.

Podemos afirmar que el cuestionario elaborado cumple con las propiedades psicométricas de validez y fiabilidad, por lo que consideramos que es adecuado para su aplicación en este contexto particular.

A pesar de ser constante el aumento de estudios de Calidad y satisfacción desde la perspectiva del usuario no se ha encontrado estudios similares o de este tipo, lo que genera su pertinencia. La Podología tiene una función de servicio que desempeñar en la mejora de la salud y el bienestar de las personas, participando en la promoción de la salud de la población.” Salud Podológica para Todos”.

La evaluación y mejora de la Calidad es considerada como un elemento imprescindible del funcionamiento rutinario de cualquier institución o servicio, tanto a nivel público como privado y en todos los niveles de atención sanitaria. Somos conscientes de lo que supone realizar una evaluación asistencial en un centro docente pero consideramos que parte de la riqueza de esta investigación está en este aspecto.

Este trabajo pretende continuar potenciando la mejora continua y la Calidad de los servicios podológicos ofrecidos desde este centro, que es un referente a nivel nacional. La evaluación de la percepción de la Calidad Asistencial del Área Clínica Podológica nos permitirá conocer las debilidades y fortalezas existentes, en relación a las dimensiones de Calidad en la atención brindada en este centro de la Universidad de Sevilla, así como para mejorar la satisfacción de los pacientes con los servicios de Podología. La realización de estos estudios permite priorizar propuestas de mejora encaminadas a aumentar la satisfacción de los pacientes con la atención podológica.

## 2.- MARCO TEÓRICO

Nuestra revisión bibliográfica llevada a cabo, principalmente se analizan los conceptos de Calidad y Calidad de servicio, algunos de sus aspectos más destacados a nivel ético y legislativo, así como su estudio en distintos sectores y diferentes disciplinas, y se presenta la dificultad para comparar los resultados obtenidos con estudios de características similares. Para ello nos aproximaremos a los modelos teóricos tanto de Servqual como de Servperf, así como analizar los conceptos de cuestionario y escala de medida, para finalizar con el estudio de las propiedades psicométricas de Fiabilidad y Validez del cuestionario que vamos a aplicar en esta investigación.

El papel preponderante de la salud en nuestra sociedad, así como la importancia del paciente en la evaluación de los servicios sanitarios, han sido parte de las razones que han motivado la elección de nuestro tema de investigación y que centra al usuario como eje del sistema (Corbella y Maturana, 2.000). Habitualmente han sido los profesionales los que con su experiencia y conocimientos determinaban lo que era mejor para el paciente.

En el ámbito sanitario se han originado numerosos cambios organizativos que han permitido el acceso de un mayor número de personas a la atención, dando cumplimiento a uno de los derechos fundamentales de la persona, como es el derecho a la protección de la Salud.

También debemos tener presentes la Ley General de Sanidad (1.986) y la Ley de Cohesión y Calidad sanitaria (2.003) que tienen entre otra finalidad la regulación de todos los derechos de los pacientes. En consecuencia, el cumplimiento de los derechos de los usuarios aumenta las garantías en la calidad en la provisión de la atención de la salud.

Entre el articulado de las leyes citadas anteriormente se regulan que los pacientes tienen derechos al respeto de su personalidad, dignidad humana e intimidad, a la confidencialidad, a ser advertidos si van a ser incluidos en proyectos de investigación, a la información en términos comprensibles, a él y a sus familiares o allegados, información completa y continuada, verbal y escrita, sobre su proceso, incluyendo

diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento, a la libre elección entre las opciones que le presente el responsable médico de su caso, siendo preciso el previo consentimiento escrito del usuario para la realización de cualquier intervención, a que se le asigne un médico, a que se le extienda certificado acreditativo de su salud, a negarse al tratamiento en ciertos supuestos, a participar en las actividades sanitarias, a que quede constancia por escrito de su proceso y recibir un Informe de Alta, a utilizar las vías de reclamaciones y sugerencias.

Lo que se pretende investigar con este trabajo es el estudio de la Calidad Asistencial en el Área Clínica Podológica de la Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología de la Universidad de Sevilla, desde la perspectiva del paciente. Este modo de entender la Calidad está consolidado actualmente como un factor esencial. Existe un cambio en la actitud en los sistemas sanitarios, de manera que el paciente, cliente o usuario ha pasado a ser el centro de atención de estos. La calidad sólo se mejora cuando los procesos están diseñados con la premisa de satisfacer las necesidades de los usuarios (Varo, 1.994; Fernández y Durán, 2.00; Díaz, 2.002; Villegas y col, 2.003).

El concepto de Calidad de Servicio se ha tratado de diferenciar del concepto de satisfacción del paciente, pero casi todos los expertos coinciden en que la satisfacción es una medida a corto plazo y la calidad del servicio es una actitud a largo plazo resultante de la evaluación global de un desempeño. Desde un punto de vista práctico, no es posible trabajar eficazmente por la Calidad con todas las dimensiones, de todas ellas la calidad científico-técnica o competencia profesional, la satisfacción y la accesibilidad son con las que de manera habitual se trabaja y a partir de las cuales se exploran otras dimensiones (Dívar, 2009).

Sabemos el creciente interés del colectivo profesional y de la Sociedad en general, en temas de Calidad. También el de las distintas organizaciones colegiales que junto con las sociedades científicas y las asociaciones de profesionales, mantienen comisiones y grupos de trabajo para el avance del colectivo profesional podológico. Además, compartimos que es imprescindible, que controlemos nuestra profesión desde el rigor y la responsabilidad mediante continuos controles de calidad, tanto en las instituciones como en los profesionales (Colegio Oficial de Podólogos de la Comunidad Valenciana, 2.009).

## **2.1- CALIDAD Y CALIDAD DE SERVICIO**

En los últimos años se ha introducido la Calidad Asistencial como objeto de estudio, aplicación y progreso en la mayor parte de las instituciones sanitarias, tanto públicas como privadas. La Calidad Asistencial es una disciplina que ha adquirido una enorme relevancia en la atención sanitaria actual. Y son varias las definiciones que se pueden emplear acerca de la Calidad, en general y la Calidad de los servicios sanitarios, en particular. Sabemos que intentar encontrar una definición que sea amplia y excluyente de otras posibles es una tarea ardua y complicada.

Si analizamos el término “Calidad” podemos afirmar que es algo relativo y que tiene varios significados en función del tiempo y de la persona que lo emplea. Además, implica un juicio de valor individual y colectivo.

La Real Academia Española (RAE, 2.001) define “Calidad” como la “propiedad o conjunto de propiedades inherentes a una cosa que permiten apreciarla como igual, mejor o peor que las restantes de su misma especie”. Aplicando esta definición a la asistencia sanitaria, encontramos que la Calidad es aquella propiedad o conjunto de propiedades, inherentes a un servicio asistencial, que permiten apreciarlo como igual, mejor o peor que los restantes servicios de su misma especie. Por lo que tal y como afirman algunos autores la Calidad Asistencial estará presente en mayor o menor medida en nuestra práctica clínica (Aranáz, 2.010). Y es una responsabilidad ética la actualización de los conocimientos y el consenso con otros profesionales en la práctica clínica establecida.

Para el Comité permanente de los Hospitales de la Unión Europea “La Calidad es uno de los elementos estratégicos en que se fundamenta la transformación y mejora de los sistemas sanitarios modernos” (CPHUE, 1.997).

Según la Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud, “la Calidad de la atención sanitaria consiste en asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuados para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y los conocimientos del paciente y del servicio médico, y lograr el mejor resultado con el mínimo riesgo de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción del paciente con el proceso” (OMS, 1.985).

En la Declaración de la Asociación Médica Mundial sobre normas para el mejoramiento continuo de la atención médica (1.997), recoge que “el objetivo de la revisión de la Calidad de la atención médica es el mejoramiento continuo de la Calidad de los servicios que se entregan a los pacientes y población y de la manera y medios para producir estos servicios”. “La obligación de mejorar continuamente la capacidad profesional y de evaluar los medios utilizados, está incluido en los códigos de ética de los médicos. Los médicos y establecimientos de atención sanitaria tienen la obligación moral de esforzarse por obtener un mejoramiento continuo de los servicios”.

Para entender la Calidad de la asistencia sanitaria es preciso tener en cuenta que existen una serie de problemas u obstáculos que pueden dificultar la definición de dicho término. Entre estos obstáculos podemos encontrar los siguientes: primero, la necesidad de establecer que se entiende por Calidad según la perspectiva del usuario-paciente, profesional o de la empresa; en segundo lugar, la necesidad de delimitar el campo de la Calidad si es clínico, administrativo o profesional; y otro problema es la cuestión de la medida de calidad y sus límites, con elementos de medición y comparación de calidad obtenida; Además es importante contemplar el problema de los costes.

Sin olvidar la consideración de mantener la Calidad en unos niveles adecuados para asegurar su mejora continua; y en último lugar, tener en cuenta que la Calidad depende del compromiso de todos los elementos de la organización, que incluyen desde la dirección de la institución o empresa hasta los trabajadores de la misma.

La Calidad Asistencial es una realidad contrastada si se revisa la literatura científica, y ésta se ha definido por diferentes autores de diversas maneras (Mompart, 2.001), entre las cuales destacamos las siguientes:

- “La Calidad es el resultado total de las características del producto y del servicio de mercadotecnia, ingeniería y fabricación y mantenimiento, a través de los cuales el producto o servicio satisfará las expectativas del cliente” (Feigenbaum, 1.961).
- “La Calidad se define como el cumplimiento de los requisitos” (Crosby, 1.979).

- “La Calidad se da con algo apto para ser usado” (Juram, 1.986).
- “La Calidad se logra cuando se conoce lo que dejará satisfecho al cliente y se considera un producto que reúne requisitos esperados. La Calidad es sobrepasar las necesidades y expectativas del cliente a lo largo de la vida del producto” (Deming, 1.986).
- “La Calidad es la suma de propiedades y características de un producto o servicio que tienen que ver con su capacidad para satisfacer una necesidad determinada (American Society for Quality Control, 2.008).
- Palmer (1.990) considera que la Calidad de la atención sanitaria es la prestación de “servicios accesibles y equitativos, con un nivel profesional óptimo, que tiene en cuenta los recursos disponibles y logra la adhesión y satisfacción del usuario”.
- Para el National Health Service (NHS, 1.998) la Calidad Asistencial es hacer las cosas adecuadas, a las personas adecuadas, en el momento preciso y hacer las cosas bien a la primera vez.
- Según el Institute of Medicine (IOM, 2.001) la Calidad Asistencial es el grado por el que los servicios asistenciales incrementan la posibilidad de los resultados de salud deseados para individuos y poblaciones, en concordancia con el conocimiento actual.
- La Organización Mundial de la Salud (2.000) define Calidad Asistencial como el nivel de realización de objetivos intrínsecos para mejorar la salud por los sistemas sanitarios y de receptividad a las expectativas legítimas de la población. El objetivo 31 de Salud para Todos en el Año 2000 para la Oficina Regional Europea de la Organización Mundial de

la Salud indica que hasta 1990 todos los estados miembros deberán haber creado unas comisiones eficaces que aseguren la calidad de la atención a los enfermos en el marco de sus sistemas de prestaciones sanitarias.

- Para el Consejo de Europa (1.998) la Calidad Asistencial es el grado por el que el tratamiento dispensado aumenta la posibilidad del paciente de alcanzar los resultados deseados y reduce la posibilidad de resultados indeseados, considerando el estado de conocimiento actual.
  
- Y la Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations (JCAMHCO) lo define como “el grado en el cual la atención del usuario incrementa la posibilidad de alcanzar los resultados deseados y reduce la probabilidad de los resultados indeseados, de acuerdo al estado actual de los conocimientos” (Manual de acreditación de hospitales, Fundación Avedis Donabedian. Barcelona. 1.996).

De todas estas definiciones generales podemos extraer como idea principal que la Calidad depende del servicio y sus características, pero sobretodo de que responda a las necesidades de los usuarios y consiga la satisfacción de estos. La Calidad debe ser definida para medirla y cuantificarla para poderla mejorar.

En la medición de la Calidad Asistencial intervienen múltiples factores pero, sin lugar a dudas, la satisfacción del paciente es un elemento esencial para su evaluación. Por otra parte hay que destacar que los conceptos de satisfacción y de Calidad son complejos y, aunque ampliamente debatidos, a menudo existe cierta confusión a la hora de diferenciarlos.

En el sector industrial, la Calidad ha sido entendida como la “aptitud para el uso”, la “adecuación a la norma” o bien como la “capacidad para que un producto consiga el objetivo deseado al menor coste posible” (Oteo y col, 2.006). Nace de trasladar al

mundo sanitario el control de calidad industrial de probada eficacia para la mejora de sus productos.

Según algunos autores, “Actualmente, dentro del ámbito sanitario, nadie puede dudar que la medición de la Calidad en sus diferentes dimensiones, es un pilar importante que fundamenta y renueva el conocimiento, sirviendo igualmente como la base para la mejora y actualización del aprendizaje de los profesionales” (Ruiz, 2001).

El estudio de la Calidad en la asistencia sanitaria supone en la línea de esta argumentación abordajes diversos dado que entraña tradicionalmente, significado distinto según se trate de pacientes, profesionales y/o gestores (Navarro, 2.003). Los profesionales aportan habitualmente una perspectiva individual de la Calidad a su práctica clínica, su pretensión legítima no es otra que hacer lo correcto de manera correcta. También los pacientes aportan una perspectiva individual, al plantear como atributos de la asistencia de calidad adecuada comunicación interpersonal con los profesionales, a los que exigen competencia técnica, a la vez que desean una accesibilidad conveniente a los servicios.

Mientras, tanto la administración como las organizaciones sanitarias son más proclives a la perspectiva comunitaria, exigiendo la prestación de los cuidados un adecuado rendimiento técnico, que sea satisfactorio para los pacientes-usuarios y que su consecuencia sea la mejora del nivel de salud de la comunidad (Aranaz, 2.009).

Es numerosa la literatura existente con respecto a Calidad Asistencial, destacando la figura de Avedis Donabedian por sus aportaciones a la Calidad en el mundo sanitario. La atención de Calidad es “aquella que se espera maximice una medida comprensible del bienestar del paciente, después de tener en cuenta el balance de las ganancias y las pérdidas esperadas, que concurren en el proceso de atención en todas sus partes”, según afirma Donabedian (1.980).

Pero centrándonos en el sector sanitario, se puede afirmar que la primera referencia histórica a la mejora de la Calidad data de 1.858 donde la figura de Florence Nightingale introdujo mejoras en la formación de la disciplina enfermera y en el

tratamiento de las distintas heridas de los numerosos soldados de la batalla de Crimea (Oteo, 2.006).

El tema de la Calidad de Servicio es de constante actualidad y ha sido tratado ampliamente en la literatura científica consultada en este trabajo, y sabemos que actualmente continua inmerso en un proceso de investigación. La importancia de ofrecer un Servicio de Calidad ha sido destacada por numerosos estudios e investigadores, lo que ha quedado confirmado tras la consulta y revisión bibliográfica de las numerosas publicaciones nacionales e internacionales sobre la Calidad de Servicio (Parasuraman y col, 1.991; Barroso y Martin, 1.999; Mira y col, 2.002; Carrillat y col, 2.007; Oscar y col, 2.007).

Los modelos de Calidad son originarios del mundo occidental con dos tradiciones diferenciadas en sus conceptualizaciones y en sus formas de entender la Calidad de Servicio. La tradición norteamericana de Parasuraman y col. (1.986) cuyo desarrollo culmina con el diseño de la escala de medida Servqual y, por otro lado, la tradición europea de Grönroos (1.982) que se ha desarrollado menos pese a ser cronológicamente anterior a la norteamericana.

La Calidad de Servicio es considerada como uno de los determinantes clave del buen desempeño empresarial, así la medición de la Calidad percibida es un tema recurrente en la literatura de marketing de servicios. La valoración de la Calidad del Servicio puede medirse de diferentes maneras y puede relacionarse con distintos aspectos. Uno de ellos es la satisfacción de los usuarios. De hecho, la bibliografía muestra numerosos trabajos cuyo tema es la satisfacción de los usuarios en el contexto sanitario (Hendriks y col, 2.001).

La gestión sanitaria debe abandonar la idea de que es posible construir una Calidad de Servicio objetiva, para poder avanzar en construir estrategias efectivas de comunicación y consenso de criterios comunes de distinción de Calidad de Servicio, para lograr efectiva satisfacción y lealtad de los pacientes (Cárcamo, 2.011).

La mayoría de autores que tratan el tema de la Calidad de Servicio, comparten que la adopción de la perspectiva del cliente o usuario, a la hora de definir la calidad de servicio, introduce el concepto de percepción, lo que supone considerar que el cliente o usuario es el único que puede determinar si un servicio es o no de calidad (Varo, 1.994) y que por otro lado, la satisfacción percibida por el paciente es uno de los resultados que se derivan de la atención sanitaria y que también es un elemento fundamental como indicador válido de la calidad de los cuidados sanitarios que se prestan (Mira y col, 2.000).

El concepto de satisfacción del paciente es un fenómeno complicado dado que se relaciona con las expectativas, su estado de salud, características personales, y otros elementos que dificultan el proceso.

Actualmente, los pacientes han pasado a ser considerados como coproductores de los cuidados de salud y como tales han adoptado un rol diferente, considerándose ahora necesario e imprescindible contar con su opinión y promover en ellos decisiones responsables sobre su salud. La opinión del paciente, como consecuencia de todos estos cambios, ha pasado a ser considerada como un resultado de la asistencia sanitaria, que merece la pena conocer para incrementar la Calidad de la prestación sanitaria y para mejorar los tratamientos que venimos aplicando en salud (Aranaz y col, 2000).

Hacemos especial hincapié en la Calidad Asistencial desde la perspectiva del paciente y centrándonos en el usuario o cliente, la Calidad se identifica con componentes como la cantidad de servicios disponibles, los tiempos empleados, la celeridad en la atención, cuestiones referidas a la comodidad de utilización de los servicios de salud, etc. Todos ellos aspectos relacionados con la eficacia del sistema (Mompart, 2.001). Y en el caso de que se demande la opinión del usuario sobre los profesionales se valora más las relaciones interpersonales que la capacidad técnica.

Algunos aspectos legales que motivan la exigencia de Calidad en los servicios de salud los podemos encontrar tanto a nivel nacional como en Europa:

1. La Organización Mundial de la Salud según afirma en su Constitución cada persona tiene derecho al más alto nivel de salud que sea alcanzable.

2. A nivel nacional en España, nos encontramos avalados por la Ley 14/ 1.986 General de Sanidad y la Ley 16/ 2.003 de 28 de Mayo de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.
  
3. Según el “Programa Región Europea” para el año 2.010 los estados miembros deberán garantizar que la gestión del sector sanitario desde los programas de salud basados en poblaciones hasta la atención individualizada a los pacientes a nivel clínico está orientada hacia los resultados en materia de salud. (OMS. “Salud para Todos en el siglo XXI. Programa Región Europea”. Madrid: Ministerio de Sanidad y consumo. 1.998)

Igualmente es importante destacar el aspecto ético que obliga a los profesionales sanitarios a establecer y mantener normas de Calidad en niveles elevados. En efecto, los propios profesionales debemos ser los primeros interesados en mantener la Calidad personal y colectivamente en nuestras actuaciones dentro del campo de nuestra competencia.

En el informe SESPAS 2.000 “La salud pública ante los desafíos de un nuevo siglo” se recoge como premisa básica la eficiencia de las actuaciones, y como meta la satisfacción de los ciudadanos. En cuanto a la denominación de los usuarios, clientes, pacientes o consumidores (Berwick, 1.997), existen algunos autores como Calnan (1997) para quien tiene un significado diferente pero que, independientemente de la denominación, lo importante es su participación en el proceso de salud.

Los estudios de Calidad percibida por los usuarios deben tener en cuenta por un lado lo que percibe la Dirección de las expectativas sobre el servicio y lo que realmente esperan los clientes y por otro lado, la medida en que el servicio esperado coincide con el recibido. La satisfacción del usuario depende directamente del nivel de resultado o prestación del servicio, y se encuentra en relación inversa a la expectativa que tenga. Idénticos niveles de prestación del servicio, producirán distintos grados de satisfacción. Y la acumulación de experiencias provoca cambios en el nivel de expectativas. Es la discrepancia entre lo que el usuario espera y lo que recibe.

Según Reeves y Bednar (1.994) se pueden definir Calidad como “satisfacción de las expectativas de los usuarios”, o el grado en el que se atienden o no las expectativas de los usuarios, supone incluir factores subjetivos relacionados con los juicios de las personas que reciben el servicio. Supone conocer qué es aquello que valoran los usuarios de un determinado servicio.

En todos los principales Modelos de Gestión de la Calidad tiene mucha importancia la evaluación de la satisfacción de los usuarios (MAP, 2.006). El Modelo EFQM da mucha importancia a los distintos agentes que intervienen en la actividad de la organización, y concretamente a la satisfacción de los clientes dándole un 20% de los puntos considerados en la evaluación. La Norma ISO 9001: 2.000 establece en cuanto a la satisfacción del cliente. Como una de las medidas del desempeño del sistema de gestión de la calidad, la organización debe realizar el seguimiento de la información relativa a la percepción del cliente respecto al cumplimiento de sus requisitos por parte de la organización.

Deben determinarse los métodos para obtener y utilizar dicha información.” Los estándares de acreditación de la Joint Commission, las normas ISO 9000:2000 o el modelo EFQM se muestran similares cuando abordan la satisfacción del cliente. Todos ellos hacen referencia a la importancia de satisfacer las necesidades y expectativas de los clientes y todos destacan que el trato, confort, información y respeto a sus derechos son aspectos o dimensiones básicas para desencadenar la satisfacción (2.001).

En la actualidad, la medida de la satisfacción de los pacientes es uno de los métodos utilizados para evaluar la Calidad de la atención prestada y también, es una forma de participación de los usuarios en el sistema de salud, al expresar su percepción y valoración de los servicios (Gutiérrez, 2003).

La variable satisfacción requiere un instrumento preciso para valorarla (Hayes, 1.995; Sánchez y col, 1.998; Argibay, 2.006). La provisión de la atención sanitaria es diferente de un servicio a otro ya que la relación entre el profesional sanitario y el paciente implica un contacto más estrecho y durante un tiempo más prolongado (Cock, 2.006; Ramsaran-Fowder, 2.005).

Por tanto, la satisfacción del paciente debe ser un objetivo irrenunciable para cualquier responsable de los servicios sanitarios, y ha de ser vista como una medida más del resultado de sus intervenciones (Mira y col, 2.001).

El estudio de Cuñado-Barrio y col. (1.999) pone de manifiesto que la mejora en el ambiente y el funcionamiento del entorno físico (ausencia de ruido, espacios amplios y luminosos, confort de las salas de espera, etc.) influían favorablemente en la satisfacción del paciente en relación con la asistencia, lo cual nos lleva a plantearnos mejoras en la organización del espacio, promoviendo un ambiente más confortable e íntimo para pacientes y acompañantes, que podrían repercutir en una mejora de la satisfacción y de la Calidad del Servicio.

Algunos investigadores como Caminnal (2.001) consideran que la satisfacción del paciente es un resultado importante del trabajo de los profesionales. Que también es un factor asociado a la utilización y a la conducta del paciente, lo que justifica que se incorpore a la medida de mejora de la Calidad.

Otros autores como Gottlieb, Grewal y Brown, (1.994); Bigné, Moliner y Sánchez, (1.997) y Mira, Rodríguez y otros, (2.000) han sostenido que la Calidad de Servicio es un antecedente de la satisfacción del paciente. Así mismo ha sido citada la relación existente entre la satisfacción con la atención recibida y la adherencia al tratamiento (Mira y col, 2.000).

Numerosos expertos en investigación cualitativa de servicios de salud (Steiber y col, 1.990; Merckouris y col, 1.999; Yellen y col, 2.002; Asadi-Lari y col, 2.004; Hidalgo, 2.005; Redondo y col, 2.005) concluyen que hay una necesidad de identificar, definir y satisfacer las necesidades de los pacientes y admiten que la satisfacción de los pacientes con los servicios proporcionados son un índice importante y válido de la Calidad de la Atención. Afirman que evaluar la Calidad supone también incorporar el punto de vista de los usuarios y su satisfacción.

Los estudios de satisfacción con los servicios sanitarios se realizan, con frecuencia, mediante técnicas de investigación cuantitativa: cuestionarios o encuestas de satisfacción. Según los autores consultados, la mayoría de los cuestionarios utilizados no están validados.

La revisión bibliográfica realizada nos muestra que el tema de la Calidad está ampliamente estudiado en diferentes disciplinas, fundamentalmente en el marketing, sector empresarial, sector financiero y sector sanitario.

Y en el ámbito de las Ciencias de la Salud, más concretamente en el campo de la Enfermería, son numerosos los cuestionarios que se han validado y adaptado para estudiar la satisfacción percibida por los pacientes en relación a los cuidados sanitarios. La escala Servqual (Service quality) se aplicó, de entre los muchos estudios, como instrumento de medida de la satisfacción percibida por el paciente en un estudio que valoraba la satisfacción del paciente con la atención de enfermería (González-Valentín y col, 2.005).

Para hacer una aproximación teórica y conceptual de los modelos de Calidad de Servicio (Duque, 2.005) es necesario contemplar las dos grandes escuelas de conocimiento y pensamiento académico y que son la escuela europea o nórdica y la escuela norteamericana. La primera, representada por Grönos (1.982), basada en la tridimensionalidad de la Calidad de Servicio. Y la segunda, encabezada por los trabajos de los creadores del modelo Servqual. En la bibliografía revisada se observa que fundamentalmente existen dos paradigmas que representan una gran contribución de la investigación sobre la Calidad del Servicio, y que resultan igualmente válidos para medirla: Servqual y Servperf (escala de calidad percibida).

## **2.2- SERVQUAL de Parasuraman, Zeithalm y Berry**

La Calidad de un servicio es entendida como una medida de cómo se ajusta la administración de ese servicio a las expectativas del cliente. SERVQUAL es un cuestionario de Calidad de Servicio con dos escalas, una que mide las expectativas de los clientes y otra que mide las percepciones con respecto al servicio. Es una herramienta que sigue el “modelo de discrepancias”, según el cual, la diferencia entre las dos escalas constituye una medida de Calidad del Servicio.

Los primeros trabajos surgidos para la medición cuantitativa de la Calidad de Servicio utilizando esta herramienta datan de 1.986. Cuyos autores son Parasuraman, Berry col.

(1.986) y es sin duda uno de los modelos teóricos más utilizados para conocer la Calidad de un Servicio (Asubonteng y col, 1.996) desde la perspectiva de los clientes.

La escala denominada SERVQUAL de Parasuraman, Berry y Zeithman, ha sido adaptada específicamente para los servicios sanitarios y está ampliamente extendido su uso en el sector de la salud. Para sus autores, la Calidad de Servicio se compone de calidad técnica y calidad funcional.

En España, existen numerosos estudios de satisfacción y de calidad percibida, desde una mirada del cliente o usuario, que han utilizado la escala SERVQUAL como soporte teórico y como base instrumental (Thompson y Suñol, 1.996; Mira y col, 1.998; Martín y Recio, 2.001).

Los estudios formales de Calidad del Servicio tienen su inicio con los trabajos de Parasuraman, Zeithalm y Berry (1.986) en los que se destaca que los servicios presentan una mayor problemática para su estudio, pues poseen tres características que los diferencian ampliamente de los productos. Estas características son intangibilidad, heterogeneidad e inseparabilidad.

Algunas aportaciones que debemos destacar son que la Calidad de un servicio es entendida como una medida, de cómo se ajusta la administración de un servicio a las expectativas del cliente, y por ello el concepto clave es el de Calidad percibida. La percepción del paciente o usuario es por tanto una de las medidas principales a la hora de evaluar y mejorar la Calidad de la asistencia (Moliner y col, 1.996).

La escala SERVQUAL es un instrumento diseñado para cuantificar la Calidad del Servicio prestado por una empresa o institución, que es medida por la diferencia entre expectativas y percepciones. El cuestionario está compuesto de 44 ítems divididos en dos escalas, una de expectativas y otra de percepciones, de 22 ítems cada una, diseñadas para medir la Calidad a través de una serie de dimensiones. Primero se encontraron 10 dimensiones originales, que posteriormente se redujeron a cinco dimensiones y que son las siguientes: tangibilidad, fiabilidad, capacidad de respuesta, seguridad y empatía (Parasuraman, y col, 1.986; Prieto y col, 2.002; Villegas y col, 2.003).

Existen numerosos estudios e investigaciones de SERVQUAL en distintos sectores, entre los que podemos destacar:

- ✓ *Parasuraman, Zeithaml y Berry* (1.988, 1.991, 1.994): En distintos sectores como Banca, tarjetas de crédito, electrodomésticos, seguros, servicio telefónico.
- ✓ *Carman* (1.990): En Tiendas de neumáticos, agencia de empleo, clínica dental y servicios sanitarios.
- ✓ *Cronin y Taylor* (1.992): En Restaurantes de comida rápida, Banca.
- ✓ *Babakus y Mangold* (1.992): En Servicio sanitario.
- ✓ *Lam y Fernández* (1.995): En Banca.
- ✓ *Martínez, Caballer y Tordera* (1.996): En Hostelería.
- ✓ *Vázquez y Ruiz* (1.996); y *LLoréns, Verdú y García* (1.997): En Restauración y en Banca.
- ✓ *Bigné, Martínez, Miquel y Belloch* (1.996): En Agencias de viajes.
- ✓ *Bigné, Moliner, Vallet y Sánchez* (1.997): En Servicio sanitario y servicio docente.
- ✓ *Barrera y Reyes* (2.003): En Restauración.
- ✓ *Barroso, Martín y Martín* (2.004): En Banca.
- ✓ *García, Carmona y Barrera* (2.005): En Docencia: Educación secundaria.
- ✓ *Ramírez, Barrera y Berbel* (2.005): En Servicio Bibliotecario.
- ✓ *Setó* (2.005): En Agencia de viajes.

La mayoría de investigaciones referentes a la escala SERVQUAL concluyen que es una escala fiable y aceptablemente válida. Esta escala ha sido aplicada a la atención enfermera en numerosos estudios (González y col, 2.005) y también se ha aplicado en el ámbito docente (Barrera y col, 2.005) en dónde se empleó para realizar una valoración de la visión del alumnado de secundaria sobre la Calidad docente en el ámbito de las ciencias.

De manera resumida, podríamos decir que las dimensiones del SERVQUAL son las cinco siguientes (MAP, 2.006):

1. Elementos Tangibles o Tangibilidad:

Se refiere a la apariencia de las instalaciones físicas, los equipos y la tecnología, personal y materiales de comunicación. Esta dimensión incluye las pruebas físicas del servicio o centro. La comodidad del centro, sala de espera, aspecto agradable, tranquilidad, limpieza general y de gabinetes de consulta, existencia de suficientes cuartos de baño, climatización. El nivel tecnológico existente (herramientas, equipos, materiales básicos). Correcta señalización en el interior del centro, a través de carteles o indicadores para poder orientarse. Y la correcta identificación de alumno y/o profesor, para saber a qué tipo de profesional nos estamos dirigiendo o para tener identificado a la persona que nos atiende.

2. Fiabilidad:

Como sinónimo de Exactitud. Incluye la habilidad para ejecutar el servicio prometido de forma fiable y cuidadosa.

3. Capacidad de respuesta:

Se refiere a la disposición y voluntad de los empleados para ayudar al cliente o usuario y proporcionar el servicio. Valora la adaptación flexible a las diversas demandas e incluye la capacidad de responder a tiempo y con diligencia.

4. Seguridad:

Cuando hablamos de conocimiento y atención mostrados por los empleados así como sus habilidades para inspirar credibilidad y confianza en el usuario. Percepción que el usuario tiene sobre su seguridad con el personal en el centro. Estar a salvo de peligros, riesgos o dudas. El tratamiento confidencial de los datos clínicos del paciente, Grado de intimidad y privacidad que puede mantener durante la consulta, Si se comparte espacio físico o sala de consulta o exploración.

#### 5. Empatía:

Abarca la educación, el respeto y la atención individualizada de todo el personal en contacto con el público, y que ofrecen las empresas a los usuarios de éstas. Incluyen la amabilidad y el trato del personal, profesorado y alumnos, cortesía y consideración y respeto con el usuario. La atención hacia la situación social del usuario e incluso el respeto a creencias religiosas y valores del usuario.

Sin embargo, a lo largo de los distintos estudios desarrollados con este modelo teórico por algunos autores ampliaron estas dimensiones, y definen otras dimensiones como:

#### ✓ Competencia:

Para referirse a la posesión de destrezas y conocimientos necesarios por parte del personal tanto en el ámbito teórico como práctico incluyendo una adecuada organización interna para la prestación pertinente del servicio y habilidades profesionales, y la coordinación; Conocimiento y habilidades del alumno-profesor para realizar un servicio efectivo con exactitud y precisión, que produce una mejora actual del estado de salud del paciente, la responsabilidad del alumno y/o profesor ante sus actos y el conocimiento en todo momento por parte del alumno- profesor de la historia clínica del paciente.

✓ Accesibilidad:

Que implica acercamiento y facilidad para establecer contacto físico o por teléfono, con la organización y con los profesionales, poder ser atendido en este centro y la facilidad para los trámites de admisión en el mismo, incluyendo los tiempos de espera, demora de citas y los horarios de prestación del servicio; Percepción de alguna barrera que limite el acceso al centro, o la Facilidad de acceso físico (Adaptaciones para discapacitados , por su localización geográfica, existencia de transporte público, etc...).

✓ Comunicación:

Es la dimensión que abarca el mantener a los usuarios informados en un lenguaje que puedan comprender, y además escucharlos y realizar un esfuerzo por entender sus necesidades y pedir opinión al usuario, mostrando interés por el problema de salud. Incluyen la Información proporcionada sobre el tratamiento y pruebas complementarias administradas por alumnos y/o profesor, La comprensión y claridad de la información facilitada o la consideración de la opinión del usuario sobre el tratamiento administrado, y la disponibilidad de información impresa.

Algunos autores como Carman, Babakus y col. (1.990) o incluso los propios diseñadores de la escala SERVQUAL señalan la necesidad de la adaptación de dicha escala, afirmando que se deben adecuar los ítems a cada tipo de servicio (Babakus y Mangold, 1.992; Carman, 1.990). Otros autores como Gil y Molla (1.996) discrepan de este modelo por la existencia de limitaciones psicométricas y metodológicas.

## **2.3- SERVPERF**

En la década de los noventa, se desarrollo un debate con la validez del instrumento que condujo a que Cronin y Taylor (1.992) que consideran que la Calidad del Servicio se debería medir utilizando solamente las percepciones, y para ello, propusieron la escala

Servperf, que es una escala de calidad percibida. Esto centró una discusión en torno al papel de las expectativas ya que estos autores consideran más importante el concepto de actitudes. El Servperf es un modelo alternativo basado en el desempeño del servicio, entendiendo la Calidad del Servicio como una percepción evaluativa del rendimiento de los atributos del servicio, por tanto considera que la Calidad de un Servicio debe ser medida tan sólo a través de las percepciones, sin necesidad de compararlas con las expectativas (Cronin y col, 1.992; Ramos y col, 2.001).

Por otra parte, estos autores que compararon a través de un análisis casual el poder predictivo de ambos modelos concluyeron que la medida de las percepciones sola es más efectiva, reúne más fiabilidad, validez discriminante y mayor capacidad predictiva (Cronin y col, 1.992; Brown y col, 1.993; Cronin y col, 1.994).

Algunos autores como Martínez-Tur, Peiró y col, (2.001) afirman que el Servperf es el cuestionario más apropiado para medir la calidad percibida, entendida ésta, como hemos dicho anteriormente, una percepción evaluativa del rendimiento de los atributos del servicio. Sin embargo, la mayoría de los estudios comparten que no existen escalas estándares para la medida de la calidad del servicio, por lo que necesitamos adaptarlo a cada uno de los servicios y por tanto necesitamos de una adaptación al sector sanitario.

## **2.4- OTROS CUESTIONARIOS**

Los investigadores de este ámbito de conocimiento han avanzado en el diseño de instrumentos de medida de la satisfacción, para evaluar la Calidad de los servicios. Un ejemplo de estos avances son los cuestionarios derivados de la escala Servqual para su aplicación en el ámbito hospitalario, que como hemos descrito combinan la medida de las expectativas y las percepciones (Mira y col, 1.997).

Otro ejemplo lo encontramos en el denominado Consumer/Provider Survey (Starfield y col, 1.998) que mide las experiencias y las percepciones en la atención y resolución de problemas concretos en la Atención Primaria de salud desde una doble perspectiva, por un lado la del usuario y por otra la del proveedor del servicio.

Además encontramos otros cuestionarios específicos que han sido diseñados para evaluar la satisfacción de los usuarios con respecto a la hospitalización, y que se han elaborado y estudiado en distintos países del mundo, entre ellos España (Más, 2001; García y col, 2.008).

Uno de estos cuestionarios es el denominado Servqhos, que se trata de una encuesta de opinión que analiza y evalúa la calidad de la atención hospitalaria (Mira y col, 1.998). Siguiendo el diseño de este instrumento, en la bibliografía encontramos otros estudios que han realizado una valoración de la Calidad de la Atención percibida mediante la aplicación de este cuestionario Servqhos, empleándolo como instrumento de medida (Monteagudo y col, 2.003; Hernández y col, 2.005; Lorenzo y col, 2.007; Cerpa y col, 2.007; Cerro y col, 2.008).

Además existen otros estudios de cuestionarios de satisfacción en pacientes en régimen de hospitalización, en Atención Especializada (González y col, 2.005; García y col, 2.008). Y en los últimos años, numerosos investigadores han seleccionado ésta herramienta (Servqhos) para medir el grado de satisfacción de los usuarios en el ámbito sanitario (Mira y col, 1.997 y 1.998; Andía y col, 200; Cerpa y col, 2.007; Duro y Franco, 2.007).

Algunos estudios similares (Morales y col, 2.007) se han realizado para conocer la valoración de la satisfacción de los usuarios con los servicios de Atención domiciliaria, mediante el diseño y la validación de un cuestionario denominado “Satisfad”. Y otra herramienta empleada en Atención Especializada es el denominado “Suce”, que se trata de un cuestionario específico diseñado para medir la satisfacción de los usuarios de las consultas externas de un hospital de Madrid (Granado y col, 2.006).

## **2.5- ESTUDIOS SOBRE LA CALIDAD EN EL ÁREA CLÍNICA PODOLÓGICA DE LA UNIVERSIDAD DE SEVILLA.**

El Área Clínica Podológica desde su creación en el año 1990, como Clínica Podológica de la Universidad de Sevilla, cambió su denominación y pasó a llamarse Área Clínica de Podología (ACP), con el desarrollo del proceso de docencia práctica perteneciente a la Titulación de Grado de Podología.

El ACP de la Universidad de Sevilla es un referente nacional en la Podología española, cuenta con una superficie de 1.400 metros cuadrados, con 12 Consultas Podológicas, Gabinetes de Ortopodología, Área quirúrgica, Unidad de Podología Física, Unidad de Radiología, Unidad de Pie Diabético, Unidad de Esterilización, Laboratorio de Investigación del Movimiento y Podología Preventiva con estudios en el Área de Salud Escolar.

En el Área Clínica Podológica de la Universidad de Sevilla se atendieron 12.348 visitas en el año 2.008, más de 13.500 consultas durante el año 2.009 y en el año 2.010 ascendieron a 14.000 visitas. En ella se ha realizado y actualmente se sigue realizando, una actividad clínica asistencial, que ha generado una importante riqueza de información, sobre aspectos de salud en general y más específicamente de salud podológica, recogida en el Archivo de Historias Clínicas, derivadas de la atención a los pacientes en el ACP desde sus comienzos (Mahillo, 2.011).

En el ámbito de la Podología, existen pocos trabajos relacionados con la Calidad Asistencial, con una metodología científica rigurosa. Según la bibliografía consultada destaca el trabajo de Mejías y col, (1.998) uno de los primeros trabajos, titulado “Nivel de conocimiento sobre la figura del podólogo”, donde estudia entre otros el nivel de satisfacción con la atención podológica recibida, en una muestra de 275 sujetos en la ciudad de Sevilla. Este se realiza mediante una encuesta vía telefónica sobre un cuestionario sin validar y sin emplear una metodología rigurosa.

Más recientemente, Juárez, en su tesis doctoral en el año 2.007, desarrolla su estudio “Gratuidad versus equidad en la asistencia de pacientes en Podología”, con la que se abordan aspectos sobre la Calidad Asistencial en el ámbito podológico. Con nuestro estudio, y siguiendo una de sus sugerencias pretendemos colaborar en la conveniencia de la puesta en marcha de investigaciones sobre Calidad en Podología. Juárez estudia la influencia de la satisfacción y valoración del tratamiento podológico recibido por los pacientes y el tipo de financiación del mismo, en sus variantes de gratuidad, copago y

pago íntegro. Este estudio se desarrolló en el Área Clínica Podológica de la Universidad de Sevilla.

Las distintas organizaciones que prestan servicios de salud han emprendido en los últimos años un movimiento hacia la Calidad, demandada cada vez con mayor fuerza tanto por los usuarios como por los profesionales, siendo en los últimos años algunas de las estrategias más utilizadas la gestión total de la Calidad, la aplicación de normas ISO o los planteamientos de la European Foundation for Quality Management. Según ésta, las organizaciones excelentes miden de manera exhaustiva y alcanzan resultados sobresalientes con respecto a sus clientes (EFQM, 2.003).

El Plan de Calidad de la Administración y Servicios de la Universidad de Sevilla (PCASUS) realiza continuamente actividades. Se desarrolla con un modelo de gestión por procesos y con un sistema de evaluación, según el modelo EFQM (European Foundation for Quality Management, 1.989). Los modelos de autoevaluación como el EFQM enfocan parte de su análisis en la evaluación de los resultados sobre los clientes y la sociedad en general. El ACP constituye una unidad funcional (UN 053), formada principalmente por la Unidad Técnica de la Calidad y dirección de Recursos Humanos de la Universidad de Sevilla, y de entre las muchas actividades que desarrolla, nos gustaría mencionar la elaboración de un cuestionario de satisfacción de pacientes del centro (Mahillo, 2.011).

El estudio de Calidad más actual y uno de los más completos, en el ámbito de la Podología es el desarrollado por Mahillo (2.011) en su tesis doctoral titulado “Evaluación de la Calidad de las Historias Clínicas en el Área Clínica de Podología de la Universidad de Sevilla”, un estudio minucioso sobre la Calidad de las Historias Clínicas del ACP muy valioso que contribuye al desarrollo e investigación de la Calidad en Podología.

En los Principios Generales del Código Deontológico de la Podología podemos encontrar que “El Podólogo no solamente debe cuidar de la salud del pie de las personas, sino que deberá cuidar su formación en los progresos técnicos y científicos, que afecten a su especialidad, al objeto de ofrecer una buena Calidad Asistencial de

acuerdo con el estado de la ciencia” (Consejo General de Colegios Oficiales de Podólogos, 2.004).

## **2.6- CUESTIONARIO. DEFINICIÓN, ESCALA DE MEDIDA Y DIMENSIONES**

La principal forma de participación del usuario en la mejora de la Calidad de la atención sanitaria se puede clasificar en dos grandes grupos metodológicos, siendo ambos útiles y teóricamente necesarios. Un primer grupo englobaría la “iniciativa propia del paciente o Activa”, que es una forma de participación activa donde el usuario adquiere un papel reformador de la atención y que incluyen las hojas de quejas y reclamaciones, conformación de asociaciones de usuarios, etc. y por otro lado, está el grupo denominado “Requerida”, cuya participación es solicitada por el sistema de salud y que incluyen entre otras las denominadas encuestas de opinión y expectativas, informes de usuario, etc. Se podría afirmar que la evaluación requerida es más útil pero sería una afirmación sesgada por la mayor experiencia en este tipo de evaluación y por ser el propio sistema de salud quien la propicia (Saturno, 1.997; Maceiras, 2.002).

Centrándonos en el cuestionario podemos señalar que es un instrumento utilizado para la recogida de información, diseñado para poder cuantificar y universalizar esta información (Martín, 2.004) y estandarizar el procedimiento de la entrevista.

Su finalidad es conseguir la comparabilidad de dicha información. El cuestionario presenta numerosas ventajas, pero destaca por tener un número de ítems no muy elevado, además de ser fácilmente comprensible por los pacientes y que se puede responder en un tiempo breve.

La utilización de una escala numérica de 1 a 5 resulta sencilla e intuitiva para el paciente, si bien existen algunos sesgos en los que se puede incurrir como por ejemplo el sesgo de tendencia central.

Hay que elaborar un conjunto de ítems (Sánchez, 1.998; Sánchez y Echeverry, 2.004; Argibay, 2.006) o preguntas del cuestionario que es la concreción operativa de los componentes a evaluar, y sus categorías de respuesta en función de criterios temporales,

de intensidad o de adhesión. Algunos de los trabajos consultados recomiendan que el número de ítems relativo a cada área sea proporcional a la importancia del contenido en el constructo de estudio.

La encuesta telefónica presenta un menor coste, mayor rapidez y permite la introducción y explicaciones adecuadas, pero tiene algunos inconvenientes como que puede producir sesgos de cobertura: no todos los usuarios tienen teléfono y no siempre se dispone del número de aquellos que sí lo tienen o que se necesita mucha experiencia de los entrevistadores para conseguir colaboración.

Los Cuestionarios Autoadministrados postales presentan ventajas como que son discretas y anónimas, tiene un bajo coste o que la distancia no es un problema, y que desaparece la posible influencia del entrevistado pero presenta inconvenientes como una tasa de respuesta baja y que no existe ningún control sobre quien responde.

La utilización de los cuestionarios cada vez es más frecuente, tanto en el ámbito de la asistencia como en el de la investigación. El cuestionario es una técnica de recogida de datos que permite llegar a un número importante de participantes, desde el punto de vista económico es poco costosa y presenta gran facilidad para su análisis.

Algunos autores (Saturno, 1.995; Under, 2.002) emplean escalas para valorar la satisfacción de los pacientes con los servicios de salud. Y otros estudios (Maceiras, 2.002; Otani, 2.005) apuntan que para una valoración apropiada se requiere que este proceso sea repetido de manera periódica cada seis meses, anual, cada dos años, etc.

El artículo 5.3 del R.D. 951/2005 de 29 de julio, establece que “las mediciones de la percepción se realizarán de forma sistemática y permanente”. Sin perder de vista este criterio de permanencia, cada Organismo tendrá que definir la periodicidad más adecuada en función de la existencia o no de variaciones estacionales en la demanda de servicios, su disponibilidad presupuestaria y su capacidad para implantar acciones correctoras (MAP, 2.006).

Existen diversas revisiones que resumen las principales recomendaciones aceptadas internacionalmente a la hora de enunciar y construir los ítems o preguntas de una escala, fundamentalmente en cuanto a su contenido, formato, estilo, enunciado, extensión y secuenciación dentro de la estructura del cuestionario.

Algunos autores señalan que las características de un instrumento de medida (Badía y Carné, 1.998; Martín, 2.004) deben ser las siguientes:

- ✓ *Ser adecuado para el problema de salud que se pretende medir, que sea teóricamente justificable, validez de contenido, e intuitivamente razonable.*
- ✓ *Ser válido.*
- ✓ *Ser fiable.*
- ✓ *Ser sensible.*
- ✓ *Delimitar claramente sus dimensiones.*
- ✓ *Estar basado en datos generados por los propios pacientes.*
- ✓ *Ser aceptado por los pacientes, usuarios, profesionales e investigadores.*

En cuanto al concepto de Escala de medida, podemos destacar que la escala de medida no comparativa, es un tipo de escala usada habitualmente para medir actitudes; se basa en la creación de un conjunto de enunciados sobre los cuales el entrevistado debe mostrar su nivel de acuerdo o desacuerdo.

Decimos que es un instrumento de medida de actitudes, en el que se puede hacer una disposición de cosas distintas, pero con un aspecto común (Sierra, 1.992). Por lo tanto, una escala de actitud sería la disposición de diferentes actitudes de mayor a menor intensidad, a favor o en contra. Presenta la ventaja de la facilidad para su administración, y que además permite medir el sentido e intensidad de las actitudes; pero también tiene algunos inconvenientes como la necesidad de la ponderación de las respuestas. La adaptabilidad es otro atributo que poseen algunas escalas y que permiten su utilización en diferentes contextos y situaciones clínicas.

Según Morales (2.000), existen tres tipos de escalas. En primer lugar están las Diferenciales (Thurstone), por otro lado encontramos las Acumulativas (Guttman) y en último lugar las denominadas Summativas (Likert). Todas ellas presentan una serie de ítems formulados como preguntas y según sea su respuesta se le va asignando una determinada puntuación de actitud.

Centrándonos en la escala de medida de tipo likert podemos señalar que es una escala sumativa de varias categorías (Morales, 2.000; Guil, 2.006) que oscilan de 1 a 5 en nuestro trabajo, y donde cada puntuación equivale a lo siguiente:

1- Totalmente desacuerdo.

2- Desacuerdo.

3- Regular.

4- De acuerdo.

5- Totalmente de acuerdo.

Para autores como Latour y col. (1.997) el problema de la Calidad de la medición en clínica es un tema más complejo por una serie de condiciones, como por ejemplo, las condiciones en las que se realiza la medición, que no suelen ser perfectamente controlables por diferentes motivos, como la variabilidad fisiológica, la falta de colaboración, etc.

Además, el proceso de medición puede verse muy influenciado por la subjetividad del observador y con frecuencia, no existe un patrón de referencia aceptable para comprobar la exactitud de la medición. Algunos estudios (Collins, 2.003) apuntan que no deben unirse o colapsarse dentro de una escala likert las dos puntuaciones más elevadas pues de esta manera no permite una mayor comprensión de las evaluaciones de los pacientes.

Según algunos autores, como Hernández y col, (2006), Latour y col, (1.997) y otros, la calidad de un instrumento de medida depende básicamente de dos propiedades: su fiabilidad y su validez (Sánchez, 1.998-2.004).

## **2.7- FIABILIDAD**

La fiabilidad de los procedimientos de medida empleados es muy importante en cualquier estudio de investigación (Lopez de Ullibarri y Pita, 1999). En clínica se emplean habitualmente como sinónimo de repetibilidad, reproductibilidad o

concordancia (Latour y col, 1.997). La Fiabilidad es el grado con que un instrumento mide con precisión, sin error. La prueba fundamental de la fiabilidad es la repetibilidad, es decir, la consistencia o estabilidad de la medida de una determinación a la siguiente, denominándose también precisión o reproductibilidad (Etter, 1.997; Sánchez, 2.004).

Se trata de demostrar que el instrumento es capaz de medir de forma consistente y reproducible. Podemos señalar que indica la condición del instrumento de ser fiable, es decir, de ser capaz de ofrecer en su empleo repetido resultados veraces y constantes, en condiciones similares de medición, o lo que es igual, que sea capaz de generar resultados constantes en sucesivas aplicaciones a los mismos sujetos y en situaciones similares (Fernández, 2.000; Sánchez, 2.004).

La fiabilidad de un instrumento de medida se valora a través de la consistencia interna, la estabilidad temporal y la concordancia interobservadores. Según autores como Streiner y Norman (2.003) existen dos modos de obtenerla, por un lado analizando la consistencia interna y por otro, calculando la estabilidad o reproductibilidad de la escala de medida.

Para analizar la Concordancia inter-observadores, nos centramos en que en el análisis del nivel de acuerdo obtenido se obtienen resultados iguales al ser evaluada la misma muestra, en las mismas condiciones por dos evaluadores distintos o en diferente tiempo. La concordancia inter-observadores se puede analizar mediante el porcentaje de acuerdo y el índice Kappa.

El Índice Kappa cuantifica el grado de concordancia esperable teniendo en cuenta el azar, a partir del producto de los marginales de la tabla de contingencia. El valor de Kappa será igual a 1, si hay total acuerdo, y habrá más concordancia cuanto más se acerque. Al contrario cuanto más cerca del 0 esté mayor será el desacuerdo (Cerdá y col, 2.008).

La valoración del Coeficiente Kappa según Landis y Koch (1.977) que propone los siguientes grados e interpretación:

K=0,00 (POBRE)

K=0,01-0,20	(LEVE)
K=0,21-0,40	(ACEPTABLE)
K=0,41-0,60	(MODERADA)
K=0,61-0,80	(CONSIDERABLE)
K=0,81-1,00	(CASI PERFECTA)

Según otros autores como Latour y col, (1.997) se puede calcular también el Kappa específico: fundamentalmente cuando queremos conocer la concordancia para una categoría específica; y el Kappa ponderado se analiza cuando unas formas de discordancia son más graves que otras, teniendo en cuenta según el acuerdo aproximado a la importancia de cada categoría.

Cuando hablamos de la Consistencia interna nos referimos al nivel en que los diferentes ítems o preguntas de un cuestionario están relacionados entre sí (Cronbach, 1.951; Sánchez y col, 2.004; Argibay y col, 2.006). Pretende valorar si los ítems que forman el cuestionario tienen niveles adecuados de correlación entre ellos; las elevadas correlaciones entre ítem con ítem, entre ítem y factor y entre ítem y escala, le confieren la denominada consistencia interna y se refiere a que las distintas partes que componen el cuestionario están midiendo lo mismo.

Esta homogeneidad entre los ítems nos indica el grado de acuerdo entre los mismos y por tanto lo que determinará que estos se puedan acumular y dar una puntuación global.

Un método de consistencia interna basado en la covarianza de ítems se puede comprobar mediante el cálculo del coeficiente alfa de Cronbach, que es muy utilizado y cuyos valores oscilan entre 0 y 1, o mediante la correlación ítem-total. La mayoría de los trabajos y estudios revisados consideran que existe una buena consistencia interna cuando el valor de alfa de Cronbach es superior a 0,8. La utilización del análisis factorial como modelo estadístico para prueba de consistencia interna y de fiabilidad es cada vez más utilizada por diversos autores en investigación en salud (Tamayo, 2.011).

La consistencia interna es una medida del grado de cohesión o correlación entre unos determinados ítems de la escala. De manera que una alta consistencia interna indica que

todos los ítems de la escala miden prácticamente lo mismo y por lo tanto no representan los elementos del constructo, es redundante dicha escala (Streiner, 2.003).

La Estabilidad temporal se define como la concordancia obtenida entre los resultados del test al ser evaluada la misma muestra por el mismo evaluador, en dos situaciones distintas, o lo que se conoce como fiabilidad test-retest. La fiabilidad normalmente calculada con el coeficiente de correlación intraclase {CCI}, para variables continuas y evaluaciones distantes, nos indica que el resultado de la medida tiene estabilidad temporal. Podemos afirmar que una correlación del 70% nos indica una fiabilidad considerablemente aceptable.

Según Latour y col, (1.997) la medición y cuantificación de la concordancia en variables continuas se puede analizar con el coeficiente de correlación *r de Pearson*, con el coeficiente de correlación intraclase, o con el método de Bland-Altman. Y para variables discretas, se utiliza habitualmente la concordancia simple, el índice Fleiss o el índice de Kappa.

## **2.8- VALIDEZ**

El término “validez” se refiere a si un procedimiento mide realmente el fenómeno que se quiere medir y expresa la relación entre la medida y lo que queremos medir, así como con lo que no queremos medir (Sánchez, 2.004; Argibay, 2.006). Podemos decir que es el grado en que un instrumento de medida mide aquello que realmente pretende medir o sirve para el propósito para el que ha sido construido.

Para ello, exige comprobar los resultados con el verdadero valor que se trata de medir, por lo que debemos disponer de otro instrumento, o patrón que permita saber ese verdadero valor (Latour, 1.997). Según la literatura consultada existen varios tipos de validez y para ello se estudian las denominadas “tres C”, que se refieren a contenido, criterio y constructo.

El análisis de la validez del contenido que define hasta qué punto la selección de ítems cubre las diferentes áreas o dominios que se quieren medir. Se trata de un juicio cualitativo sobre si el instrumento muestra todos los contenidos relevantes del constructo que se estudia. Para ello cada ítem debe estar dentro de al menos una de las áreas de contenido que se está utilizando. Si no lo está, el ítem pasa a ser irrelevante para los objetivos de la escala, o la lista de estos objetivos no está completa. Por otro lado, el número de ítems de cada área debe reflejar también su importancia para el atributo. Tiene limitación temporal, ya que a medida que se mejoran los conocimientos el instrumento necesita ir adaptándose, o incluso ser sustituido, dependiendo lo brusco que sea el cambio planteado. Con este tipo de validez se relaciona la validez aparente que es una forma de validez de contenido que examina si cada ítem incluido en el instrumento, está claramente relacionado con el rasgo que deseamos medir. Ambas se determinan subjetivamente por parte de expertos (Latour y col, 1.997; Sánchez y col, 2.004).

Esta validez se refiere a si el cuestionario elaborado y por tanto los ítems elegidos, son indicadores de lo que se pretende medir, señalan si son relevantes para el uso que se le va a dar a este cuestionario. Consiste en someter este cuestionario a la valoración de investigadores y expertos, que deben juzgar la capacidad de éste para evaluar las dimensiones que deseamos medir. Es la opinión experta sobre si a primera vista el instrumento mide la cualidad que vamos a estudiar. Por tanto se trata de una mera apariencia de que el instrumento es válido en ausencia de una demostración empírica.

La validez de criterio examina la correlación que existe entre el índice nuevo generado por el instrumento a validar y una prueba de referencia. Con lo que si los dos están midiendo lo mismo, los resultados deben ser similares (Hernández, 2.006). Esta validez relaciona la puntuación de cada sujeto, con un determinado “Gold Standard o patrón de oro”, que tenga garantías de medir lo que deseamos medir (Granado y col, 2.007).

Los denominados “Gold estándar” son criterios predictivos externos o de criterios de referencia; podemos apuntar que son criterios de buena práctica que proporcionan mayor validez de criterio al instrumento. Con ella se consigue la validez externa de dicho instrumento, para ello se comprueba comparando la relación entre dos instrumentos diferentes, uno que es el que está siendo validado y otro que es el que está

validado ya. Este tipo de validez, incluye la validez predictiva que valora la capacidad de un instrumento para predecir o detectar los resultados esperados.

La validez del constructo evalúa el grado en el que el instrumento refleja la teoría del fenómeno o del concepto que mide. Para simplificar podemos decir que un constructo es una miniteoría que explica y da coherencia a unos datos. O lo que es igual, “Constructo” se puede definir como el concepto o atributo que es objeto de la medición, pero que al ser abstracto no puede ser observado directamente. Para definir el constructo es necesario realizar una revisión amplia y crítica de la literatura para ver como otros investigadores se aproximan al mismo problema, y cómo han conceptualizado el mismo y similares constructos. Se evalúa poniendo a prueba el instrumento a validar con el diseño de pequeños experimentos, como la evaluación por grupos extremos, a los que se aplica el instrumento a validar y que previamente han sido clasificados por expertos y por lo tanto se les supone que poseen niveles (extremos) máximos y mínimos del rasgo que deseamos medir (Latour, 1.997).

La validez de constructo puede ser Convergente, fundamentalmente cuando se refiere al grado en el que el nuevo cuestionario se relaciona con otras variables u otras medidas del mismo constructo con las que debería estar relacionado; o bien Divergente, cuando trata de demostrar que el instrumento a validar no se correlaciona con las variables que a priori conocemos que teóricamente no están relacionadas con el constructo.

Este tipo de validez garantiza que las medidas que resultan de las respuestas del cuestionario pueden ser consideradas y utilizadas, como medición del fenómeno que queremos medir. Se calcula por diferentes métodos entre los que destacan como más utilizados por diferentes investigadores se encuentran el análisis factorial (González y col, 2.005; Labarere y col, 2.001) y la matriz multirrasgo-multimétodo.

En cuanto al análisis factorial hay que señalar que es un nombre genérico que recibe una clase determinada de métodos estadísticos de tipo multivariante, y cuyo propósito es definir la estructura subyacente en una matriz de datos. Todo esto nos va a servir para evaluar la dimensionalidad de la escala de medida, y consiste en explorar la estructura interna de esta escala, es decir, evaluar el grado en el que los ítems conforman el constructo que se requiere medir.

Con respecto a la técnica de extracción de datos, el análisis factorial y el análisis en componentes principales son técnicas muy similares y básicamente la diferencia está en la interpretación teórica y el método de cálculo, pero la interpretación de los resultados de ambos tipos de análisis es prácticamente idéntica.

Lo cierto es que a medida que el número de variables aumenta y las cargas factoriales son más elevadas, más se asemejan los resultados obtenidos porque se reducen las diferencias entre las matrices de ambos casos (Thompson y col, 2.004). Además el contraste de esfericidad de Barlett nos proporciona la probabilidad estadística de que la matriz de correlación entre variables empleada sea una matriz idéntica (Hair y col, 1.999). El análisis factorial puede ser descrito como una técnica de reducción de datos, cuyo objetivo primordial es agrupar los ítems en dimensiones que expliquen la mayor cantidad de variabilidad de datos (Sánchez y col, 2.004).

A través del diseño del cuestionario (Martín, 2.004) se pueden controlar unos posibles sesgos como por ejemplo el de cumplimentación y con ello, mejorar la validez del cuestionario.

Se entiende por “sesgo” toda aquella desviación de la verdad de los resultados, o error, que se produce de forma sistemática y que afecta a la validez interna de los resultados. El sesgo de selección es cualquier error sistemático en el proceso de identificación de la población del estudio, concretamente en la forma en que los sujetos hayan sido seleccionados. Por otro lado, el sesgo de información, incluye cualquier error sistemático en la medida de información u observación del fenómeno de estudio, como por ejemplo, que el cuestionario no sea adecuado y que haya imprecisiones en la clasificación o errores introducidos por los encuestadores. Algunos estudios concluyen que cuantos menos observadores intervengan en el proceso, menor será la variabilidad en los resultados y por consiguiente menor la probabilidad de cometer sesgos de información.

En cuanto a los sesgos de respuesta, entre los más frecuentes se encuentran los siguientes:

- El sesgo de tendencia central, que es la tendencia a elegir entre las diferentes opciones de respuesta, las respuestas centrales.

- El sesgo de deseabilidad social, que se produce cuando se responde en función de lo que se considera socialmente aceptable o bien visto. Sus respuestas reflejan más que una percepción, un deseo o aspiración, debido a que esos comentarios positivos son más aceptables.
  
- El sesgo de cortesía, que aparece cuando no se garantiza el anonimato de la participación.
  
- El sesgo de autointerés (relacionado con el sesgo anterior) se ha descrito cuando la respuesta positiva tendrá como última finalidad la mejora de la persona que responde y que se relaciona con lo que los pacientes desean complacer a los profesionales de la salud o los investigadores. Tanto este como el sesgo de deseabilidad social son frecuentes cuando existe alguna reserva del anonimato.
  
- Otro es el denominado sesgo o error lógico que se produce cuando el encuestado considera que todos los ítems relacionados deben puntuarse igual.
  
- Y finalmente, destacamos el sesgo de aprendizaje o de proximidad que induce a contestar de forma similar a las respuestas anteriores.

En un estudio de validación es imprescindible comprobar dos tipos de reproductibilidad: la intraobservador y la interobservador. La reproductibilidad es el grado de confianza que da el resultado de la medición realizada con el instrumento aún en diferentes condiciones de medida, se trata de una fuente importante de error de medida. Tenemos que tener en cuenta la variabilidad entre observadores también denominado sesgo interobservador, y otro tipo que es la variabilidad entre las mediciones realizadas por un mismo observador, o sesgo intraobservador, en varios momentos. Para estudiar hasta qué punto los observadores coinciden en su medición es aconsejable realizar estudios de la concordancia en las mediciones.

La fiabilidad intraobservador mide la variación que ocurre en un observador como resultado de múltiples observaciones, es decir, si un mismo observador evalúa la misma entrevista de la misma forma en distinta situación o en distinto periodo de tiempo. Por

su parte, la fiabilidad interobservador mide la variación que ocurre entre diferentes observadores al medir uno, dos o más observadores independientes dan la misma evaluación a la misma entrevista. Existen diferentes maneras para calcular la estabilidad de una escala según se trata de una variable cualitativa o cuantitativa. Para variables de tipo cualitativo, se emplea el índice Kappa. Para variable de tipo cuantitativo, el coeficiente de correlación intraclass CCI o el coeficiente de correlación de Pearson.

Otra medida de fiabilidad es el análisis de la generalizabilidad, aplicando esta teoría que estima el valor de un coeficiente utilizando el ANOVA y estimando los componentes de la varianza. Este análisis en realidad no deja de ser un indicador de la eficiencia de una escala. Es relevante que un instrumento sea lo más exacto posible y que contenga el menor número de errores posibles; pero de nada sirve esta precisión, si lo que mide no es lo que debería medir (Maceiras, 2.002; Sánchez, 2.004; Argibay, 2.006).

### **3.- OBJETIVOS**

#### **3.1- OBJETIVO GENERAL**

El objetivo general de nuestro trabajo consiste en medir la calidad asistencial percibida por los usuarios del Área Clínica Podológica de la Universidad de Sevilla.

#### **3.2- OBJETIVOS ESPECIFICOS**

Como objetivos específicos de este trabajo nos propusimos los siguientes:

- 1.-** Diseñar y aplicar un cuestionario fiable y válido en el contexto del Área Clínica de Podología.
- 2.-** Establecer los niveles de satisfacción de los usuarios del Área Clínica Podológica.
- 3.-** Conocer e identificar el perfil socio-demográfico de los usuarios de estos servicios de Podología.
- 4.-** Identificar los factores que determinan la satisfacción de los usuarios del Área Clínica Podológica.
- 5.-** Aportar información para realizar propuestas de mejora en la gestión y calidad de los servicios podológicos.

## 4.- MATERIAL Y MÉTODO

En este capítulo vamos a desarrollar la metodología seguida para nuestra investigación. Comenzando con el cuestionario diseñado, análisis de las propiedades métricas, el procedimiento de elaboración y pilotaje de dicho cuestionario, el tipo de estudio y la población de estudio, las características generales de la muestra analizada con criterios de inclusión y exclusión en la muestra, así como el tamaño muestral requerido, seguido de la recogida de datos, los recursos humanos y materiales empleados y finalmente la consideración de algunos aspectos éticos y legales

### 4.1 CUESTIONARIO

Vamos a comenzar analizando los ítems que se pretenden evaluar en el cuestionario y que son los siguientes:

- Ítem 1: La facilidad de los trámites que tuvo que hacer en Admisión han sido...
- Ítem 2: La facilidad de los trámites que ha tenido que hacer para volver a pedir cita ha sido...
- Ítem 3: La facilidad de acceso para llegar al centro (horario, aparcamiento, transporte público) ha sido...
- Ítem 4: Las adaptaciones para discapacitados en el acceso al centro han sido...
- Ítem 5: El tiempo transcurrido desde que pidió la cita hasta la consulta ha sido...
- Ítem 6: El tiempo de espera para ser atendido ha sido...
- Ítem 7: El horario de las citas ha sido...
- Ítem 8: El trato recibido por parte del personal ha sido...
- Ítem 9: La amabilidad y cortesía del personal que le ha atendido ha sido...

- Ítem 10: El nivel de seguimiento personalizado de su caso ha sido...
- Ítem 11: El nivel de satisfacción de los servicios ofrecidos en el centro en relación con los precios ha sido...
- Ítem 12: La disponibilidad de información escrita (folletos, dípticos) en el centro ha sido...
- Ítem 13: La información sobre su problema de salud que el personal del centro le ha proporcionado ha sido suficientemente...
- Ítem 14: La información sobre su proceso de salud facilitada a sus familiares y/o acompañantes ha sido suficientemente...
- Ítem 15: La claridad con que le explicaron el tratamiento y pautas ha sido...
- Ítem 16: El interés del personal por solucionar el problema de salud del paciente ha sido...
- Ítem 17: La confianza y seguridad que el personal que le atiende y le ha transmitido a los pacientes ha sido...
- Ítem 18: El cuidado de su intimidad durante la consulta y exploración ha sido...
- Ítem 19: Su opinión sobre el tratamiento propuesto ha sido...
- Ítem 20: El estado físico del centro (sala de exploración y gabinetes) ha sido...
- Ítem 21: La comodidad de la sala de espera ha sido...
- Ítem 22: La Tecnología de los equipos (modernos y suficientes) para el diagnóstico y tratamiento ha sido...
- Ítem 23: Las indicaciones (señalizaciones) para orientarse y saber dónde ir en el centro han sido...



Servqual y Servperf principalmente, así como otros cuestionarios entre ellos el Servqhos (Cronin y col, 1.992 y 1.994; Brown y col, 1.993; Mira y col, 1.997 y 1.998; Andía y col, 2001).

En su diseño vamos a evitar algunas de las debilidades del modelo Servqual y en su defecto utilizaremos las aportaciones del modelo Servperf. Mediante el empleo de esta metodología vamos a evitar entre otros aspectos la valoración de los atributo por duplicado que se realiza con la valoración de las expectativas por un lado y de las percepciones por otro, y por tanto se evitan problemas de comprensión, así como problemas conceptuales y de repetición.

En el proceso de elaboración consideramos oportuno realizar una adaptación de diferentes escalas entre las que se encuentran principalmente, la escala Servqual y Servperf. Y el procedimiento comienza con una rigurosa revisión bibliográfica sobre el tema de la Calidad de Servicio (Mira y col, 2.002; Oscar y col, 2.007).

Otras fuente de información empleadas han sido la realización de una prueba previa a un conjunto de usuarios, que se completa contando con la labor y participación de algunos profesores del departamento de Podología de la Universidad de Sevilla y un grupo de expertos con capacidad investigadora reconocida, formado por Doctores y gestores del Área Clínica Podológica. Hay que señalar que como consecuencia de esta evaluación por diferentes expertos, la escala sufrió una serie de modificaciones fundamentalmente en cuanto al enunciado de algunos ítems y otros que afectaban al número de éstos y que condujo a la supresión de alguno de ellos.

Los términos como “cliente” y “empleados” fueron reemplazados por “el personal”, además se suprimieron algunos ítems de la escala original y se añadieron otros para resaltar algunas peculiaridades del contexto donde se evaluaba, un centro docente.

Con la opinión de los expertos se evaluó la validez de contenido, la relevancia de las preguntas y la claridad de los ítems propuestos. En este sentido, algunos autores consideran que la opinión de los profesionales no siempre puede ser considerada como

criterio de calidad (Saturno y col, 2.000), debido a que su implicación directa en la evaluación de la atención prestada dificulta la objetividad.

Salvando este argumento, el proceso culminó tras varias sesiones de trabajo con la obtención de un cuestionario final conformado por una serie de preguntas o ítems cerrados listos para su prueba y valoración. En este trabajo se presenta un cuestionario que ha sido diseñado para conocer y evaluar la Calidad Asistencial de los usuarios del ACP (anexo I). La relación entre los ítems del cuestionario elaborado y semejanzas con los ítems de los otros cuestionarios son las expuestas en el siguiente cuadro:

## 4.2 PROPIEDADES MÉTRICAS DEL CUESTIONARIO

ITEMS CUESTIONARIO	DIMENSIÓN	SERVQUAL	SERVQHOS
Pregunta nº1	-Capacidad de respuesta.	-	-
Pregunta nº2	-Capacidad de respuesta.	-	-
Pregunta nº3	-Accesibilidad.	19	8
Pregunta nº4	-Accesibilidad.	-	-
Pregunta nº5	-Accesibilidad.	11	7
Pregunta nº6	-Accesibilidad.	11	10
Pregunta nº7	-Accesibilidad.	-	-
Pregunta nº8	-Cortesía.	-	-
Pregunta nº9	-Cortesía.	16	14
Pregunta nº10	-Cortesía.	18	16
Pregunta nº11	-Comunicación.	-	-
Pregunta nº12	-Tangibilidad.	4	-
Pregunta nº13	-Comunicación.	-	6
Pregunta nº14	-Comunicación.	-	18
Pregunta nº15	-Comunicación.	-	-
Pregunta nº16	-Comunicación.	6	9
Pregunta nº17	-Seguridad.	14	13
Pregunta nº18	-Seguridad.	-	-
Pregunta nº19	-Comunicación.	-	-
Pregunta nº20	-Tangibilidad.	2	-
Pregunta nº21	-Tangibilidad.	-	5
Pregunta nº22	-Tangibilidad.	1	1
Pregunta nº23	-Tangibilidad.	-	3
Pregunta nº24	-Tangibilidad.	-	-

En primer lugar para comprobar que el cuestionario elaborado posee propiedades psicométricas y atributos adecuados que lo hacen útil para el objetivo de nuestra investigación, se comenzó con el análisis de la dimensionalidad mediante el empleo de un análisis factorial, que reduce las variables observables de partida en un número inferior de variables hipotéticas, denominadas “factores”, lo que indica la brevedad de dicha herramienta.

A continuación, analizamos la matriz de correlaciones resultante que pone de manifiesto en líneas generales, un coeficiente de esfericidad de Bartlett y Kaiser-Meyer-Olkin elevados. Es importante tener en cuenta que la significación de estas dos pruebas son requisitos imprescindibles para el proceso de factorización.

En lo referente a la propiedad de la validez, hay que señalar que se analizó en sus tres dimensiones: constructo, criterio y contenido. Sobre la validez de constructo, tenemos que destacar que en este caso como en otras muchas investigaciones, la evaluación de la percepción de Calidad a través de la pregunta directa de la satisfacción general, no está exenta de problemas y dilemas, teniendo en cuenta que al usuario se le prefiere preguntar directamente por el grado de su satisfacción como sinónimo de Calidad de atención prestada.

La validez de constructo no ha sido posible determinarla, ya que la única manera de abordarla es a través de la coincidencia con otro instrumento de medida sobre el mismo aspecto, partiendo de una hipótesis. Cosa que no dejaría de ser interesante pero ciertamente más largo y fatigoso para nuestros encuestados, y que dificultaría de manera considerable el objetivo principal de nuestra investigación. Según la literatura científica revisada este tipo de validez es la propiedad más difícil de demostrar y constituye el mayor reto con el que se encuentran los investigadores en el proceso de validación.

En cuanto a la validez de criterio o validez discriminante ha sido estudiada a través de una correlación entre unos criterios de referencia, que son unos criterios predictivos externos o también denominados “Gold Estándar”, y que se valoran con la formulación de las preguntas nº 25, 26 y 27 del cuestionario; por un lado, preguntando sobre el “nivel de satisfacción global con la atención recibida en el ACP”, con una escala de

cinco opciones de respuesta; otra pregunta sobre la “recomendación del centro a otras personas”, con tres posibles respuestas y el otro criterio fue el empleado en la pregunta nº 27, que se refiere a sí conoce el nombre de la persona (profesor/a, estudiante) que le atendía, con una respuesta dicotómica de si/no.

Y acerca de la validez de contenido podemos apuntar que aunque a priori, no se puede garantizar la obtención de la validez de contenido de un cuestionario, debido a que depende mucho del grado de revisión de la literatura relevante, y de los juicios de valor del investigador, entendemos que los resultados de esta investigación pueden ser interesantes para el desarrollo de estudios posteriores.

A continuación, comprobamos la propiedad de fiabilidad de nuestro cuestionario. La propiedad de fiabilidad, es decir, que sea capaz de generar resultados constantes en sucesivas aplicaciones a los mismos sujetos, y en situaciones similares, que se determinó con el coeficiente alfa de Cronbach.

Aunque hay que señalar que la misma generación de factores que engloba dentro de ella a una serie de ítems, ya de por sí constituye un modelo de fiabilidad, pero el análisis de la fiabilidad del cuestionario se confirma mediante el cálculo del índice  $\alpha$  de Cronbach.

### **4.3 PILOTAJE**

Mediante la prueba piloto del cuestionario se identifican algunos aspectos para mejorar la efectividad del mismo, como por ejemplo el tipo de preguntas más adecuados; si el enunciado es correcto; si es correcta la categorización de las respuestas, etc...Se detectan dificultades o deficiencias que no hemos previsto. Algunos autores como Martín (2.004) consideran necesario pasar el borrador del cuestionario a 30- 50 personas, siendo aconsejable que se parezcan a los sujetos de los muestra.

Durante el trabajo de campo y para la realización del diseño final del cuestionario se realizó una prueba piloto sobre una muestra de participantes lo más representativa posibles y de características similares a la población de estudio, siendo el total de esta muestra de 30 sujetos participantes, con objetivo de conocer entre otros aspectos,

posibles errores en el formato, el grado de comprensión de las preguntas y la claridad de las variables e identificar las posibles dificultades, al igual que conocer si la escala de respuesta likert es la adecuada (Collins y col, 2.003), o identificar posibles ambigüedades, valorar la extensión del cuestionario y el tiempo para su cumplimentación, instrucciones de administración del cuestionario y el orden que debían seguir las preguntas así como de modificar o supresión de posibles ítems más problemáticos (Galindo, 1.998; Varela, 2.003; Sánchez, 2.004) .

Una vez finalizada la fase de pilotaje, no se realizaron sugerencias respecto a la dificultad en la comprensión de los ítems por parte de los pacientes y no informaron de dificultades relacionadas con el cuestionario. Sin embargo derivado del proceso de observación se realizaron algunas modificaciones menores en el proceso de formulación de las variables.

Se prestó especial atención y cuidado con el formato del cuestionario para que no resultase tedioso, dejando espacios suficientes, y modificando el orden de algunos ítems, para evitar que el cansancio y la falta de atención estuvieran presentes, por lo que se concluyó poniendo al final del cuestionario las preguntas de clasificación socio-demográfica.

Otra modificación que se tuvo que ejecutar está relacionada con en el ítem 4 del cuestionario que hace referencia a las adaptaciones para discapacitados del centro, este ítem tuvo que considerarse de manera especial en el análisis estadístico debido a que se observó que contenía un porcentaje muy elevado de respuestas en blanco durante la fase de pilotaje. Con respecto al análisis estadístico de los ítems, se realiza una criba seleccionando las variables que estadísticamente aportan mayor información.

Si analizamos las dimensiones que se pretenden explorar con este cuestionario son las siguientes: accesibilidad, cortesía, comunicación, capacidad de respuesta, seguridad y tangibilidad. Para ello se consiguió un cuestionario que consta de 24 preguntas que presenta tres secciones o divisiones bien diferenciadas una de otra y que cada una de ellas evalúa y valora unos aspectos concretos. Se simplificó para aumentar el grado de aceptación del cuestionario. En cuanto a la primera parte trata de evaluar los distintos aspectos relacionados con la Calidad Asistencial, en la segunda sección se miden

criterios de referencia o “gold standard”, como el grado de satisfacción y recomendaciones del centro ACP. Y hay una última sección que consta de algunas preguntas personales de clasificación y preguntas socio-demográficas, como son la edad, el sexo, el nivel de estudios, la situación laboral y la localidad de residencia.

Para la escala de respuesta se optó por una escala numérica que oscila de 1 a 5 según sea la Calidad percibida, con equivalencia de muy mala, mala, regular, buena o muy buena.

Basándonos en la amplia revisión bibliográfica y el asesoramiento técnico con diversos estadísticos y metodólogos, a la hora de valorar el tipo de escala más idónea para nuestro trabajo y teniendo en cuenta la opinión de diversos autores (Streiner y Norman, 2.001) e instituciones públicas como el Servicio Andaluz de Salud (2.002), hemos concluido que lo acertado es emplear una escala de valoración categórica ordinal, es decir, dar diferentes opciones de respuesta ordenada en categorías que van de peor a mejor.

El número de categorías definido es de cinco, pues un número menor de categorías puede dejar fuera algunas opciones y hace más difícil una distribución normal de respuestas. Además los pacientes comprenden este tipo de escala (Collins y col, 2.003). La escala de respuesta testada de 1 a 10 resulta para muchos pacientes demasiado amplia y sus respuestas se centran simplificadas a unos cuantos puntos, a veces se reduce a cuatro valores (García y col, 2.008).

Como ya señalamos anteriormente, la adopción de la escala Likert en el cuestionario se debió a que constituye una de las más utilizadas para medir actitudes y percepciones, y que tiene la ventaja de que permite puntuar las calificaciones de la escala y luego sumar el total de los ítems de un cuestionario, logrando una descripción entre individuos que expresan diferentes puntos de vista.

En la escala de respuesta tipo Likert (Sánchez, 1.998; Morales, 2.000; Guil, 2.006) se establecieron los valores para cada categoría como indicador de percepción de calidad de atención, según el modelo utilizado:

- ✓ 1-Totalmente desacuerdo = MUY MALA
- ✓ 2- Desacuerdo = MALA
- ✓ 3- Regular = REGULAR
- ✓ 4- De acuerdo = BUENA
- ✓ 5- Totalmente de acuerdo = MUY BUENA

El formato de administración del cuestionario es de tipo autoadministrable, donde la persona lo cumplimenta sin ayuda de otras personas y sin la presencia física del investigador, garantizando de esta manera la privacidad de las respuestas. Con este tipo de formato evitamos costes y los recursos necesarios son menores.

Otras formas de cumplimentación como el envío por correo postal conllevan un elevado coste económico y baja tasa de respuesta, y por el contrario mediante vía telefónica se requiere la presencia de entrevistadores entrenados y la representatividad de la muestra es menor.

Si bien no se les solicito a los participantes en el estudio que cumplimentasen un formulario de consentimiento informado, si se les comunico por escrito en el encabezamiento de los cuestionarios los objetivos de dicho estudio y el resguardo del anonimato, garantizándoles la confidencialidad de los datos.

#### **4.4 TIPO DE ESTUDIO**

Es un estudio descriptivo, observacional, transversal y retrospectivo (Argimon y Jiménez, 2.007) sobre la evaluación de la Calidad percibida por los usuarios del Área Clínica Podológica de la Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología de la Universidad de Sevilla. El presente estudio se realizó durante los años 2.009 a 2.011. Previa solicitud del permiso al Comité Ético de Experimentación del Vice-rectorado de Investigación de la Universidad de Sevilla (anexo II) y a la Dirección del ACP (anexo III).

#### **4.5 TIPO DE MUESTREO**

El tipo de muestreo empleado para la selección de la muestra ha sido un muestreo aleatorio simple (Argimon, 2.007). Con una muestra que cumple unos criterios de inclusión y exclusión determinados y que son los siguientes:

#### **CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

- Criterio 1. Ser usuarios directamente receptores del servicio podológico.
- Criterio 2. Tener edad superior o igual a 18 años.
- Criterio 3. Haber sido atendidos en el centro con anterioridad.
- Criterio 4. Ser usuarios sin presentar dificultad lectora.

#### **CRITERIOS DE EXCLUSIÓN**

- ✓ El único criterio que no permite la participación en la investigación es ser usuario con deterioro cognitivo.

#### **4.6 POBLACION DE ESTUDIO**

En cuanto a la población de estudio y como se ha dicho anteriormente, la investigación fue llevada a cabo en el Área Clínica Podológica de la Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología de la Universidad de Sevilla.

En este centro se atienden diariamente una media de entre 50 y 70 usuarios. La entrega, cumplimentación y recogida de los cuestionarios se realizó durante los años 2.010-2.011. En dos etapas: Una primera etapa realizada en el año 2.010 con una muestra de 40 sujetos y una segunda etapa que culminó en el año 2.011 con un total de muestra de 379 sujetos. Este trabajo se llevo a cabo con participantes que son representativos de la población que acude a este tipo de centros en cuanto a variables como edad, sexo y nivel socio-demográfico.

Los participantes del estudio son pacientes que acuden a consulta al ACP y que son recibidos dentro de las actividades asistenciales desarrolladas por las distintas asignaturas de la titulación de Grado de Podología, así como por podólogos asistenciales y podólogos-becarios, que realizan funciones asistenciales y de apoyo a la docencia e investigación. Dichos pacientes son atendidos por alumnos, con la supervisión de los profesores y/o por profesionales podólogos dentro de los procesos de docencia práctica, asistencial y de investigación.

Previamente, antes de comenzar este proceso se solicitó por escrito la autorización para realizar la investigación a la Dirección del ACP, colaborando a la consecución de los objetivos y la línea de trabajo de la investigación.

A pesar de que los pacientes de este estudio aceptaron participar voluntariamente, dando su consentimiento verbal, este proyecto de investigación cuenta con la aprobación y conformidad del Comité Ético de Experimentación de la Universidad de Sevilla, dado que se trata de un proyecto que cumple con los requisitos exigidos para la experimentación en sujetos humanos, y se ajusta a las normativas vigentes en España y en la Unión Europea (anexo II).

## 4.7 CÁLCULO DEL TAMAÑO MUESTRAL

Para calcular el número de sujetos necesarios para nuestro estudio se realizó previamente una recogida inicial de datos de sujetos de la muestra definitiva. El valor total del cuestionario fue la variable generada utilizada de entre los primeros 30 sujetos, siendo esta de ( $S^2 = 9,42$ ).

Se determinó previamente que la precisión o variación, dentro del arco de respuesta debería ser  $\pm 1$ , para un intervalo de confianza del 95% ( $z_\alpha = 1.96$ ); siendo el valor obtenido de  $341,17 \approx 342$  sujetos.

$$n = \frac{z_\alpha^2 \cdot \sigma^2}{e^2}$$

Como prevención ante las posibles pérdidas de sujetos de estudio y negativa a la participación en este, la muestra final de nuestro trabajo es de 379 sujetos. Si bien, previamente se realizó una muestra formada por 40 sujetos para el desarrollo de nuestro Trabajo Fin de Máster oficial “Nuevas Tendencias Asistenciales en Ciencias de la Salud, de la Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología de la Universidad de Sevilla.

A continuación, se seleccionaron tantos números aleatorios como elementos debían tener las muestras, tanto para la muestra de 40 usuarios (Trabajo Fin de Máster) como para la muestra completa (Tesis), con la ayuda de ordenador y realizando un muestreo aleatorio simple (Argimon y col, 2007) con el Programa SPSS para Windows.

## 4.8 RECOGIDA DE DATOS

La recogida de datos se realizó en dos etapas durante los años 2.010- 2.011. Una primera fase se realizó en el año 2010 durante los meses de Abril y Mayo de 2.010 y una segunda etapa desde Octubre de 2.010 hasta Noviembre de 2011. La recogida se realizó en horario de apertura del centro, tanto de mañana como de tarde. Se realizó sin especificar la especialidad (Podología preventiva, Pie de riesgo, Ortopodología, Cirugía

podológica, Podología clínica, Podología física, etc.) por la que es atendido el usuario o paciente.

La entrega de los cuestionarios fue llevada a cabo por el investigador principal y una colaboradora, los cuales no habían participado en la asistencia sanitaria del paciente y que en el momento de la entrega y recogida de cuestionarios no llevaban uniforme de trabajo que los identificara como profesionales del centro. Esta actividad la realizaba un miembro del equipo investigador, sin previo aviso al personal del centro para evitar posibles sesgos de comportamiento del personal con el paciente, que podían influir en sus respuestas.

El cuestionario es auto-administrado en formato papel A-4 y totalmente anónimo y voluntario, es decir, lo contesta y cumplimenta el propio paciente. La secuencia de actuación comenzaba con la entrega del cuestionario al paciente en la sala de espera del centro, en el momento después de su paso por la ventanilla de admisión y cuando se le había dado el fin de gestión administrativa en el ACP, para que de esta forma el cuestionario sea completado de forma totalmente confidencial (Saturno, 1.995; Sitzia, 1.997; Under, 2.002; Maceiras, 2.002).

Una vez cumplimentado, el usuario lo entregaba al investigador principal que le esperaba en la salida del centro, en la puerta más próxima a la calle. Todas estas cuestiones fueron estudiadas para evitar posibles sesgos o errores en la recogida de datos como queda de manifiesto en algunos estudios, como los realizados en un meta-análisis de cuarenta estudios relacionados con las opiniones de los pacientes en Atención Primaria, donde se ha valorado la evidencia relacionada con el método, momento y lugar y los tipos de escalas afectan al grado de satisfacción de los pacientes (Saturno, 1.995; Sitzia, 1.997; Under, 2.002; Maceiras, 2.002).

## **4.9 ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES**

La confidencialidad de los datos se garantizó en todo momento siendo su participación voluntaria y anónima, dando su consentimiento verbal, y cumpliendo de esta manera con la Ley 41/2.002, reguladora de la autonomía del paciente y los derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. No se solicitó consentimiento informado pero sí que previamente se le comunicó el objetivo del estudio, la libertad de no participar, así como, el resguardo del anonimato.

Este proyecto de investigación cuenta con la aprobación y conformidad del Comité Ético de Experimentación de la Universidad de Sevilla, dado que se trata de un proyecto que cumple con los requisitos exigidos para la experimentación en sujetos humanos y se ajusta a las normativas vigentes en España y en la Unión Europea.

## **4.10 RECURSOS HUMANOS Y MATERIALES**

Los recursos utilizamos a lo largo del estudio son los siguientes:

- Como recursos humanos, fueron necesarios el investigador principal y la ayuda de una colaboradora para el trabajo de campo y la ayuda de un experto estadístico y metodólogo para el tratamiento, análisis e interpretación de los datos.
- Y como recursos materiales, empleamos un ordenador, programa Microsoft Office Word y Excel 2007; programa estadístico SPSS 15.0 y diverso material de oficina y papelería.

## 5.- RESULTADOS

En este capítulo se presentan los resultados que podemos dividirlos en dos secciones, primero vamos a mostrar los resultados de las características métricas de la escala, para ello se aplica una metodología de análisis de datos que incluye el análisis factorial y otra sección que aporta los resultados de la muestra de estudio.

### 5.1- RESULTADOS DE LAS CARACTERÍSTICAS O PROPIEDADES MÉTRICAS DE LA ESCALA:

La matriz de correlaciones pone de manifiesto en líneas generales un coeficiente de esfericidad de Bartlett y Kaiser Meyer Olkin elevados.

Para saber, si es significativo, en general, el conjunto de correlaciones encontrado vamos a utilizar la prueba de esfericidad de Bartlett y la medida de adecuación de Kaiser Meyer Olkin que son requisitos imprescindibles para la factorización (Tabla 1).

Si realizamos un análisis visual de la matriz de correlaciones, (Tabla 2) detectamos la presencia de dos variables que se muestran muy independientes del resto del cuestionario, que son el ítem 3 y el ítem 24. El ítem 3, que hace referencia a “las comunicaciones, transporte público, aparcamiento y facilidades de llegar al centro”, y el ítem 24, sobre la “persona que le atendió en el centro”, si se trata de personal docente, personal auxiliar o estudiantes. Estas dos variables son las que correlacionan menos con el resto del cuestionario.

Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin.	,852
Prueba de esfericidad de Chi-cuadrado aproximado	1194,158
Bartlett	
gl	253
Sig.	,000

Tabla 1.- KMO y prueba de Bartlett

Ít.	Ítems																							
	1	2	3	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	
1	1	,565	,289	,473	,351	,404	,390	,333	,325	,421	,287	,362	,413	,189	,469	,485	,301	,232	,401	,364	,307	,370	,093	
		,000	,004	,000	,000	,000	,000	,000	,001	,001	,000	,000	,000	,064	,000	,000	,003	,022	,000	,000	,002	,000	,365	
2	,565	1	,320	,360	,286	,298	,401	,356	,185	,322	,339	,469	,412	,202	,471	,456	,260	,308	,376	,420	,261	,298	-,013	
	,000		,001	,000	,004	,003	,000	,000	,070	,001	,001	,000	,000	,047	,000	,000	,010	,002	,000	,000	,010	,003	,901	
3	,289	,320	1	,134	,191	,158	,074	,078	,213	,253	,134	,031	,076	-,075	,091	,082	,249	,169	,084	,206	,095	,045	-,101	
	,004	,001		,189	,060	,122	,471	,445	,036	,012	,190	,765	,461	,463	,378	,427	,014	,099	,412	,043	,356	,660	,324	
5	,473	,360	,134	1	,399	,407	,254	,352	,255	,395	,261	,252	,256	,245	,379	,400	,290	,353	,353	,317	,423	,240	,168	
	,000	,000	,189		,000	,000	,012	,000	,012	,000	,010	,013	,011	,015	,000	,000	,004	,000	,000	,002	,000	,018	,100	
6	,351	,286	,191	,399	1	,440	,283	,186	,115	,218	,301	,384	,377	,219	,257	,323	,431	,405	,287	,319	,312	,120	,113	
	,000	,004	,060	,000		,000	,005	,068	,260	,032	,003	,000	,000	,031	,011	,001	,000	,000	,004	,001	,002	,243	,271	
7	,404	,298	,158	,407	,440	1	,262	,309	,224	,410	,280	,331	,361	,263	,323	,398	,369	,276	,295	,259	,190	,328	,206	
	,000	,003	,122	,000	,000		,009	,002	,028	,000	,005	,001	,000	,009	,001	,000	,000	,006	,003	,011	,062	,001	,043	
8	,390	,401	,074	,254	,283	,262	1	,600	,377	,356	,237	,315	,392	,317	,478	,522	,217	,333	,354	,305	,195	,333	,108	
	,000	,000	,471	,012	,005	,009		,000	,000	,000	,019	,002	,000	,002	,000	,000	,033	,001	,000	,002	,055	,001	,292	
9	,333	,356	,078	,352	,186	,309	,600	1	,322	,354	,282	,314	,363	,301	,369	,422	,283	,191	,436	,196	,276	,280	,237	
	,001	,000	,445	,000	,068	,002	,000		,001	,000	,005	,002	,000	,003	,000	,000	,005	,061	,000	,055	,006	,005	,019	
10	,325	,185	,213	,255	,115	,224	,377	,322	1	,485	,296	,324	,278	,389	,611	,595	,339	,473	,226	,244	,413	,384	,235	
	,001	,070	,036	,012	,260	,028	,000	,001		,000	,003	,001	,006	,000	,000	,000	,001	,000	,026	,016	,000	,000	,021	
11	,421	,322	,253	,395	,218	,410	,356	,354	,485	1	,285	,410	,409	,366	,526	,543	,375	,328	,402	,369	,480	,447	,205	
	,000	,001	,012	,000	,032	,000	,000	,000	,000		,005	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,001	,000	,000	,000	,000	,044	
12	,287	,339	,134	,261	,301	,280	,237	,282	,296	,285	1	,570	,402	,477	,362	,439	,265	,255	,192	,054	,231	,250	,191	
	,004	,001	,190	,010	,003	,005	,019	,005	,003	,005		,000	,000	,000	,000	,000	,009	,012	,060	,597	,023	,013	,061	
13	,362	,469	,031	,252	,384	,331	,315	,314	,324	,410	,570	1	,733	,757	,544	,616	,447	,486	,279	,247	,490	,419	,331	
	,000	,000	,765	,013	,000	,001	,002	,002	,001	,000	,000		,000	,000	,000	,000	,000	,000	,006	,015	,000	,000	,001	
14	,413	,412	,076	,256	,377	,361	,392	,363	,278	,409	,402	,733	1	,672	,493	,636	,395	,446	,302	,383	,319	,329	,271	
	,000	,000	,461	,011	,000	,000	,000	,000	,006	,000	,000	,000		,000	,000	,000	,000	,000	,003	,000	,001	,001	,007	
15	,189	,202	-,075	,245	,219	,263	,317	,301	,389	,366	,477	,757	,672	1	,538	,606	,278	,475	,223	,053	,332	,404	,307	
	,064	,047	,463	,015	,031	,009	,002	,003	,000	,000	,000	,000	,000		,000	,000	,006	,000	,028	,607	,001	,000	,002	
16	,469	,471	,091	,379	,257	,323	,478	,369	,611	,526	,362	,544	,493	,538	1	,794	,451	,542	,526	,459	,509	,509	,269	
	,000	,000	,378	,000	,011	,001	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000		,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,008	
17	,485	,456	,082	,400	,323	,398	,522	,422	,595	,543	,439	,616	,636	,606	,794	1	,447	,503	,446	,453	,530	,530	,266	
	,000	,000	,427	,000	,001	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000		,000	,000	,000	,000	,000	,000	,009	
18	,301	,260	,249	,290	,431	,369	,217	,283	,339	,375	,265	,447	,395	,278	,451	,447	1	,640	,365	,451	,589	,395	,370	
	,003	,010	,014	,004	,000	,000	,033	,005	,001	,000	,009	,000	,000	,006	,000	,000		,000	,000	,000	,000	,000	,000	
19	,232	,308	,169	,353	,405	,276	,333	,191	,473	,328	,255	,486	,446	,475	,542	,503	,640	1	,358	,423	,516	,413	,387	
	,022	,002	,099	,000	,000	,006	,001	,061	,000	,001	,012	,000	,000	,000	,000	,000	,000		,000	,000	,000	,000	,000	
20	,401	,376	,084	,353	,287	,295	,354	,436	,226	,402	,192	,279	,302	,223	,526	,446	,365	,358	1	,496	,488	,467	,210	
	,000	,000	,412	,000	,004	,003	,000	,000	,026	,000	,060	,006	,003	,028	,000	,000	,000	,000		,000	,000	,000	,039	
21	,364	,420	,206	,317	,319	,259	,305	,196	,244	,369	,054	,247	,383	,053	,459	,453	,451	,423	,496	1	,486	,356	,223	
	,000	,000	,043	,002	,001	,011	,002	,055	,016	,000	,597	,015	,000	,607	,000	,000	,000	,000	,000		,000	,000	,028	
22	,307	,261	,095	,423	,312	,190	,195	,276	,413	,480	,231	,490	,319	,332	,509	,530	,589	,516	,488	,486	1	,402	,299	
	,002	,010	,356	,000	,002	,062	,055	,006	,000	,000	,023	,000	,001	,001	,000	,000	,000	,000	,000	,000		,000	,003	
23	,370	,298	,045	,240	,120	,328	,333	,280	,384	,447	,250	,419	,329	,404	,509	,530	,395	,413	,467	,356	,402	1	,454	
	,000	,003	,660	,018	,243	,001	,001	,005	,000	,000	,013	,000	,001	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000		,000	
24	,093	-,013	-,101	,168	,113	,206	,108	,237	,235	,205	,191	,331	,271	,307	,269	,266	,370	,387	,210	,223	,299	,454	1	
	,365	,901	,324	,100	,271	,043	,292	,019	,021	,044	,061	,001	,007	,002	,008	,009	,000	,000	,039	,028	,003	,000		

Tabla 2.- Matriz de correlaciones.

Encontramos, que la prueba de esfericidad de Bartlett resulta ser muy significativa con las 23 preguntas del cuestionario, y la medida de adecuación de Kaiser Meyer Olkin es aceptablemente cercana a 1, por lo que se considera, que la matriz es apta para extraer factores.

La propiedad de la validez se analizó en sus tres dimensiones, para la validez de criterio, se estudió la correlación de unos criterios de referencia (Tabla 3), mediante la correlación con un criterio general de satisfacción preguntando en una escala de cinco opciones sobre la satisfacción general, y a la vez en una escala de 3 opciones sobre si recomendaría el centro a otras personas y con la pregunta si “conoce” el nombre del profesor o alumno que le ha atendido en el centro.

	Media	Desv. Tipo	N
Satisfacción General	3,4400	0,6330	379
Recomendaría	1,9200	0,2970	379
Conoce	0,4800	0,5000	379

Tabla 3.- Estadísticos descriptivos

La correlación realmente elevada es la que se muestra entre la puntuación general del cuestionario y la pregunta número 25 sobre satisfacción global. Con una correlación de Pearson = 0,553 (Tabla 4).

La aportación de la pregunta o el porcentaje que esta pregunta (*¿Indique su nivel de satisfacción global...?*) logra explicar sobre el cuestionario (suma total de las puntuaciones) es  $R^2 = 30,5809\%$ . (Nivel de Significación < 0,0001). La variable “Conoce” no se correlaciona con el resto de las variables (Sig. 0.001), ni con “recomendaría” (Sig. 0,27), ni con “Satisfacción global” (Sig. 0.08).

		Satisfacción General	Recomendaría	Total
Satisfacción General	Corr. de Pearson	1	,446**	,553**
	Sig. (bilateral)		,000	,000
Recomendaría	Corr. de Pearson	,446**	1	,271**
	Sig. (bilateral)	,000		,007
Puntuación Total	Corr. de Pearson	,553**	,271**	1
	Sig. (bilateral)	,000	,007	

Tabla 4.- Correlaciones de ítems

La mayor aportación a la varianza total del cuestionario, la hace la pregunta número 25 referida a la satisfacción global con la atención recibida (Gráfico 1). R es un coeficiente de regresión, que nos predice, es decir, nos da la predicción de la satisfacción.

Conociendo que la pregunta número 25, indique "el nivel de satisfacción global con la Atención recibida en el ACP", con su correlación  $r = 0,553$  obtiene la mayor parte de la varianza explicada.

La pregunta número 26, que valora "la recomendación del Centro "ACP" a otras personas", correlaciona significativamente con el nivel de satisfacción global con la atención recibida ( $r = 0,446$ ).

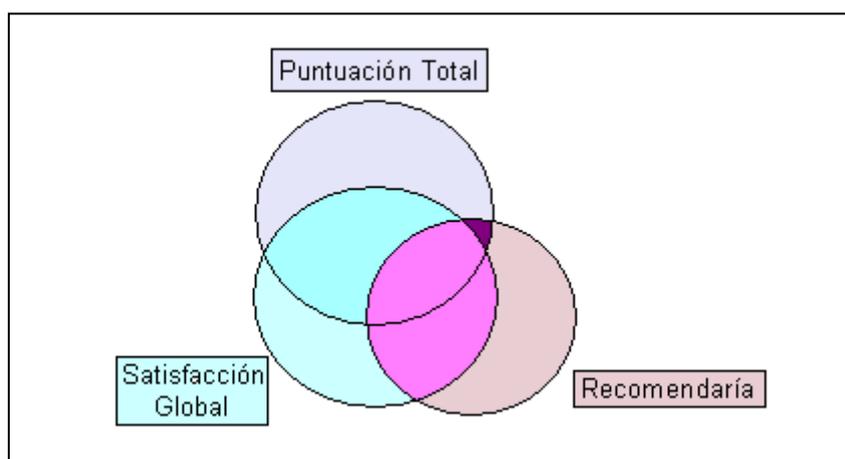


Gráfico 1.- Diagrama Puntuación Total- Satisfacción Global- Recomendaría

La correlación parcial de la pregunta número 26 sólo incrementa la porción de varianza explicada del cuestionario en una ínfima parte  $r_{s,r} = 0,033$ .

Si bien, la correlación entre ésta y la puntuación total es de  $r = 0,446$ ; parte de esta correlación, ya está previamente explicada por la variable Satisfacción Global y lo que viene a aportar de nuevo es una porción mínima.

El valor  $r_{s,r} = 0,033$  supone el 0,1089% de la varianza explicada, por lo que entendiendo que satisfacción es sinónimo de calidad, sólo nos quedamos con esta pregunta y el valor predictivo de la pregunta Satisfacción Global no ofrece una ecuación de regresión lineal:

P.T. =Puntuación Total.

S.G.=Nivel de Satisfacción Global.

R. = Recomendaría.

C= Conoce.

La P.T. es la variable dependiente de la siguiente ecuación de regresión lineal:

$$P.T. = 72,93 + 7,37* S.G - 0,62* R + 1,77* C$$

La Factorización por sí misma es indicativo de fiabilidad. El índice de alpha de Cronbach para comprobar la fiabilidad de nuestro cuestionario es de 0.910 (Tabla 5). Éste valor nos permite afirmar que el cuestionario empleado es un instrumento de medida fiable de la Calidad percibida por los usuarios del ACP.

Como criterio estándar se suele requerir un índice de  $\alpha$  superior a 0,80 y los 23 elementos de nuestro cuestionario tienen un índice de consistencia interna de 0,910.

Alfa de Cronbach	N de elementos
,910	23

**Tabla 5.-** Estadísticos de fiabilidad

A continuación, en la siguiente Tabla (6), se observa qué sucedería con el *índice de consistencia interna* tras eliminación de cada variable. Y como ya valoramos, en el análisis de la matriz de correlaciones, existen dos ítems que son los que, a priori, guardan menor relación con el resto del cuestionario, y cuya eliminación, conllevaría un aumento de la consistencia interna del mismo y por lo tanto un aumento de su fiabilidad.

También, es cierto que no aumenta excesivamente, ya que en el caso del ítem 3, el índice de alfa de Cronbach pasaría de 0,910 a 0,919.

<b>Estadísticos total-elemento</b>				
	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
item 1	93,4021	79,180	,583	,906
item 2	93,4021	79,160	,546	,906
<b>item 3</b>	94,3505	80,251	<b>,201</b>	<b>,919</b>
item 5	93,6392	79,254	,512	,907
item 6	93,8247	77,938	,474	,908
item 7	93,5773	79,038	,510	,907
item 8	93,1237	80,443	,508	,907
item 9	93,0722	81,484	,498	,908
item 10	93,4021	79,389	,541	,907
item 11	93,5773	77,080	,623	,905
item 12	94,1649	75,973	,477	,909
item 13	93,6495	76,543	,697	,903
item 14	93,7423	76,297	,655	,904
item 15	93,5567	77,895	,562	,906
item 16	93,4536	77,521	,739	,903
item 17	93,4433	77,062	,785	,902
item 18	93,7423	76,339	,625	,904
item 19	93,6495	78,293	,649	,905
item 20	93,4433	79,541	,550	,907
item 21	93,7113	78,707	,520	,907
item 22	93,6289	78,194	,608	,905
item 23	93,7320	77,719	,573	,906
<b>item 24</b>	93,7629	79,120	<b>,350</b>	<b>,912</b>

Tabla 6.- Media, Varianza y Alpha de Cronbach tras eliminación

Continuando con nuestro análisis, decidimos una no eliminación hasta que no se efectúe el análisis factorial, y se determine el número de factores con los ítems que contendrá cada factor, y observar cómo el grado de participación de cada variable en los factores.

A continuación, valoramos el análisis factorial (Tabla 7), que nos muestra que la varianza total explicada por los factores que son superiores a 1, son un total de cinco.

Estos cinco factores nos dan el 64,074% de la varianza total del modelo. Esto nos dice los factores con los que vamos a trabajar.

Varianza total explicada			
Componente	Autovalores iniciales		
	Total	% de la varianza	% acumulado
1	8,221	34,254	34,254
2	1,964	8,138	42,437
3	1,559	6,495	48,932
4	1,443	6,014	54,945
5	1,169	4,872	59,817
6	,993	4,137	68,211
7	,918	3,825	72,037
8	,807	3,364	75,400
9	,732	3,051	78,452
10	,659	2,744	81,196
11	,583	2,430	83,626
12	,535	2,231	85,857
13	,487	2,031	87,888
14	,467	1,945	89,832
15	,430	1,792	91,624
16	,387	1,614	93,238
17	,354	1,477	94,715
18	,331	1,379	96,094
19	,261	1,089	97,183
20	,222	,926	98,109
21	,167	,695	98,803
22	,151	,629	99,433
23	,136	,567	100,000

Tabla 7.- Análisis factorial.

Posteriormente se procedió a la rotación ortogonal de la matriz factorial y clasificación por orden se obtienen los siguientes factores (Tabla 8) con la siguiente denominación:

- **Factor 1:** denominado “Información”, queda compuesto por cinco ítems: 12,13, 14, 15 y 17.
- **Factor 2:** denominado “Aspectos Clínicos”, se compone de cinco ítems: 18, 19, 21, 22 y 24
- **Factor 3:** denominado “Accesos, Tiempos y esperas” y compuesto por seis ítems: 1, 2, 3, 5, 6 y 7.
- **Factor 4:** denominado “Administración” que se compone de cuatro ítems: 10, 11, 16 y 23.
- **Factor 5:** denominado “Trato y Cortesía” y que está compuesto por tres ítems: 8, 9 y 20.

Items	Factores				
	1	2	3	4	5
Item 15	<b>,853</b>	,089	-0,23	,228	,135
Item 13	<b>,803</b>	,275	,114	,133	,158
Item 14	<b>,729</b>	,254	,181	,061	,198
Item 12	<b>,661</b>	-0,26	,344	,137	-0,24
Item 17	<b>,573</b>	,255	,219	,462	,323
Item 18	,316	<b>,684</b>	,255	,127	,096
Item 19	,420	<b>,675</b>	,092	,130	,048
Item 21	-0,90	<b>,633</b>	,204	,244	,289
Item 22	,155	<b>,632</b>	,048	,420	,134
Item 24	,303	<b>,444</b>	-,251	,163	,095
Item 1	,158	,043	<b>,705</b>	,204	,293
Item 3	-0,22	,021	<b>,664</b>	,186	,333
Item 2	,268	,021	<b>,641</b>	,046	,299
Item 5	,069	,242	<b>,596</b>	,154	,201
Item 7	,156	,259	<b>,572</b>	,013	,191
Item 6	,257	,500	<b>,504</b>	,383	,092
Item 10	,256	,184	,030	<b>,688</b>	,134
Item 11	,172	,207	,340	<b>,350</b>	,139
Item 16	,445	,300	,180	<b>,512</b>	,309
Item 23	,249	,234	,159	<b>,480</b>	,162
Item 8	,284	,096	,172	,106	<b>,740</b>
Item 9	,147	,036	,166	,184	<b>,734</b>
Item 20	-0,03	,478	,167	,207	<b>,541</b>

Tabla 8.- Matriz de componentes rotados. Método Varimax

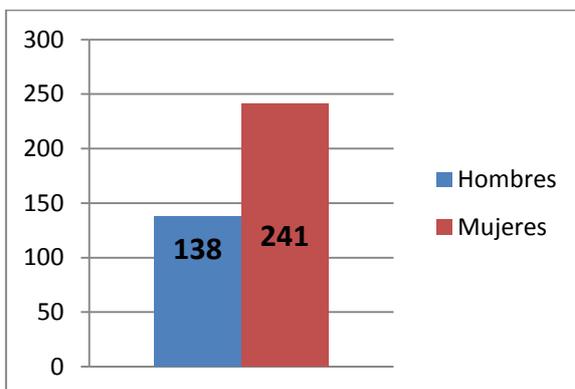
## 5.2 RESULTADOS DE LA MUESTRA

### 5.2.1 SEXO

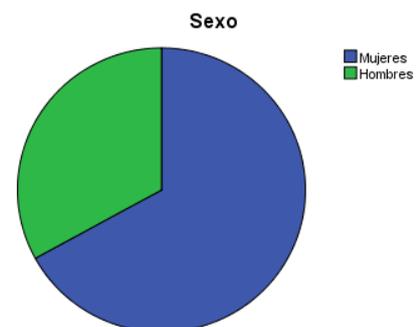
En cuanto a la distribución de la muestra de sujetos de nuestro estudio, que participaron en la cumplimentación del cuestionario, fue un total de N= 379 sujetos, de los cuales 241 fueron mujeres y 138 fueron hombres (Tabla 9) (Gráfico 2-3).

	<i>Frecuencia</i>	<i>%</i>
Mujeres	241	63,59%
Hombres	138	36,41%
TOTAL	379	

**Tabla 9.-** Frecuencia de la muestra con respecto al sexo



**Gráfico 2.-** Frecuencia de la muestra con respecto al sexo



**Gráfico 3.-** Frecuencia de la muestra con respecto al sexo

Si realizamos las pruebas de normalidad, en cuanto a la variable *Sexo* no se puede concluir que dado el valor de la significación en ambas pruebas se siga una distribución de normalidad (Tabla 10).

Como alfa es igual a 0,05 y el nivel de significación de la prueba de Kolmogorov-Smirnov es 0,048 la evidencia de no normalidad de la distribución no es suficientemente concluyente.

	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
Sexo	,090	97	,048	,969	97	,023

a. Corrección de la significación de Lilliefors

Tabla 10.- Pruebas de normalidad

### 5.2.2 EDAD

Las edades de los sujetos del estudio, oscilan entre los 19 años del sujeto más joven y los 87 años del de mayor edad, y se distribuyen bajo una ley normal que roza la no significación, según la prueba de Kolmogorov-Smirnov. Con una media de 53,23 años (Tabla 11).

Intervalos	Frecuencia	%	% acumulado
19-20 años	6	1,58	1,58
21-30 años	27	7,12	8,7
31-40 años	76	20,05	28,75
41-50 años	66	17,41	46,16
51-60 años	68	17,94	64,1
61-70 años	63	16,62	80,72
71-80 años	46	12,13	92,85
81-90 años	19	5,01	100
Total	379	100	100

Tabla 11.- Frecuencia de la muestra según intervalos de edad

Las edades por intervalos pierden la condición de distribución normal, debido a que la escala a la que se reduce pasa de una escala cuantitativa a una ordinal con el consecuente extravío de información estadística (Gráfico 4).

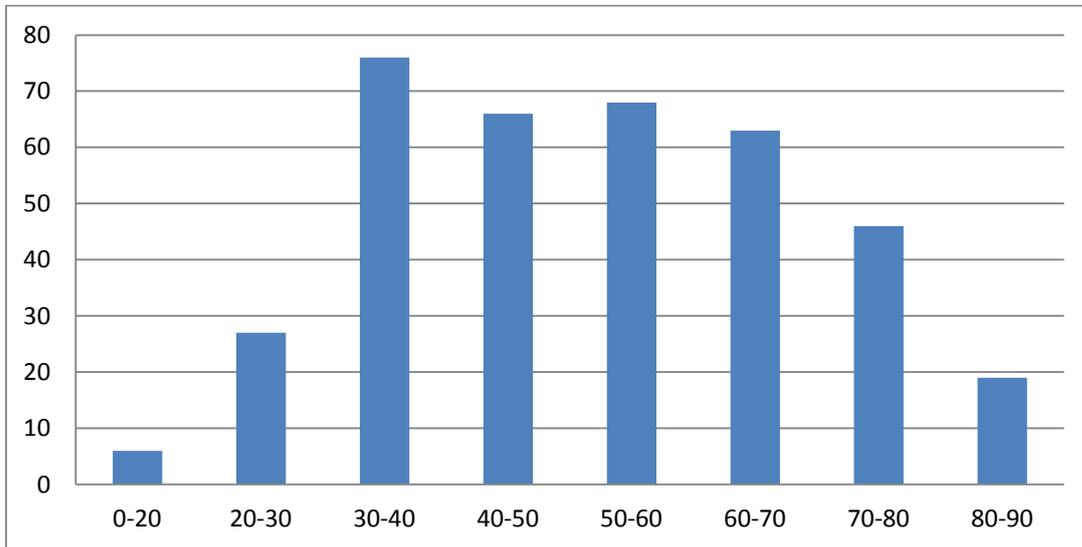
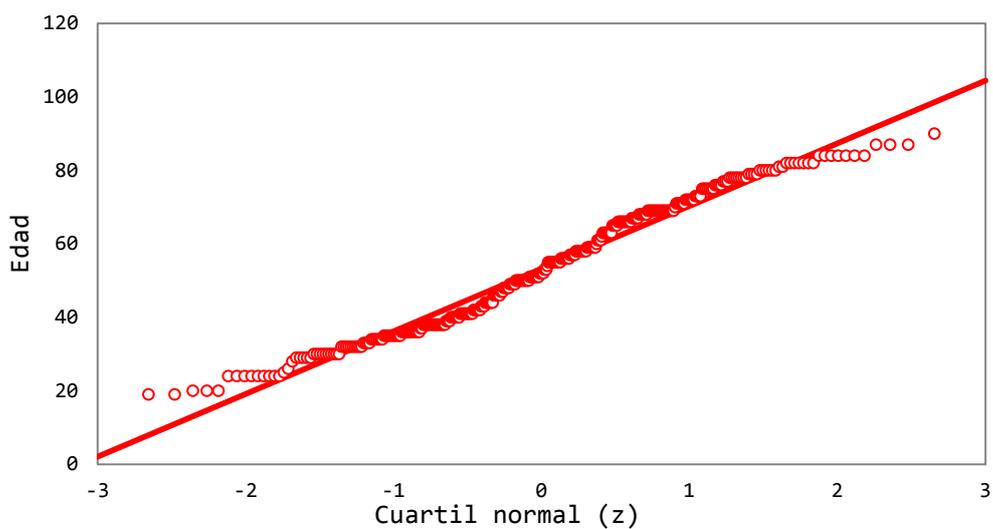


Gráfico 4.- Frecuencias por intervalos de edades de la muestra

En el siguiente gráfico Q-Q determinamos la normalidad de la distribución de la muestra según la variable *edad*. La edad sigue una distribución de normalidad (Gráfico 5).



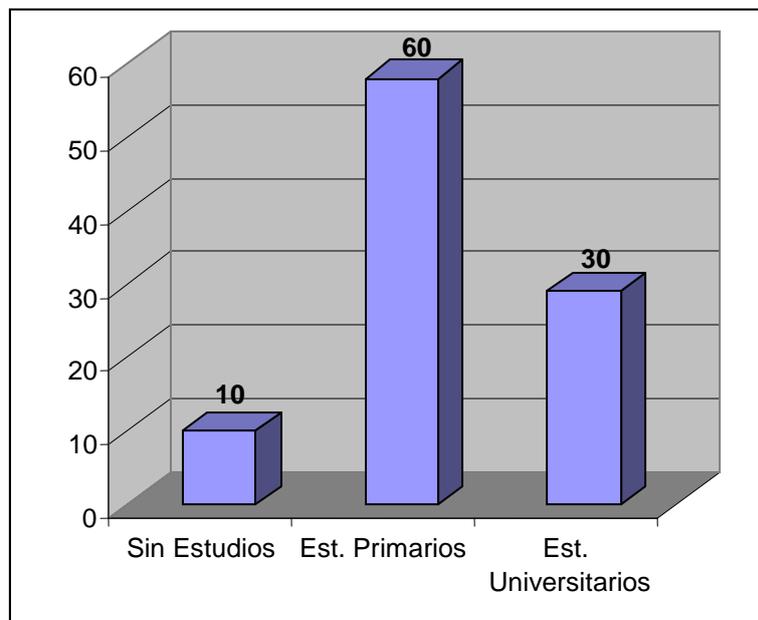
Gráfica 5.- Probabilidad Normal

### 5.2.3 NIVEL DE ESTUDIOS

En cuanto a la variable del *Nivel de estudios* de los participantes destaca que la mayoría de la muestra (60,2 %) posee estudios primarios (Tabla 12) (Gráfica 6).

Valor	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Sin Estudios	41	10,8	10,8
Est. Primarios	228	60,2	71,0
Est. Universitarios	110	30,0	100,0
Total	379	100,0	

**Tabla 12.-** descriptivo de la muestra por Nivel de estudios



**Gráfica 6.-** Muestra según Nivel de estudios.

### 5.2.4 LOCALIDAD DE RESIDENCIA

Sobre la variable de la *Localidad de residencia* o procedencia de los sujetos de nuestro estudio, los resultados concluyen que la mayoría proviene de Sevilla ciudad (62,8 %) (Tabla 13) (Gráfica 7).

Valor	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Sevilla Capital	238	62,8	62,8
Sevilla Provincia	117	30,9	93,7
Otros	24	6,3	100,0
Total	379	100,0	

Tabla 13.- Localidad de residencia.

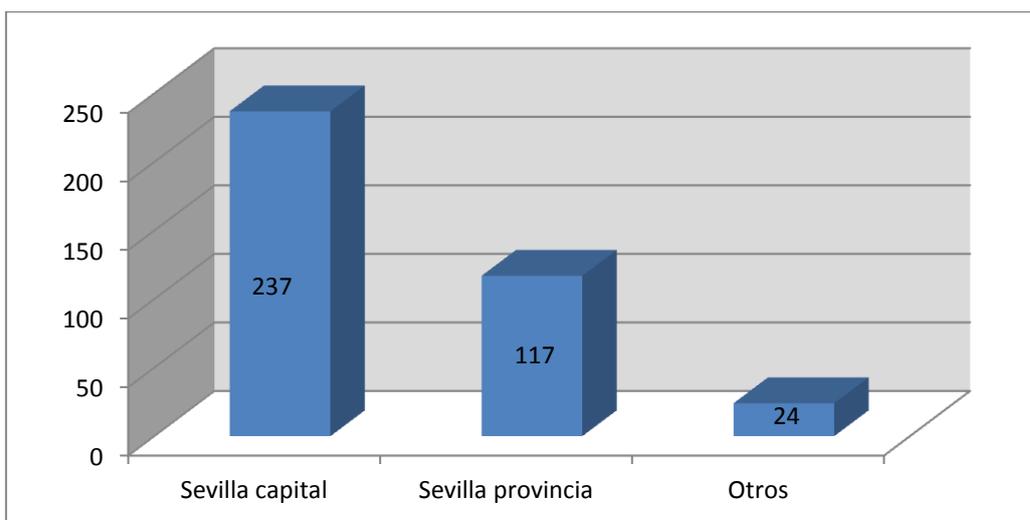
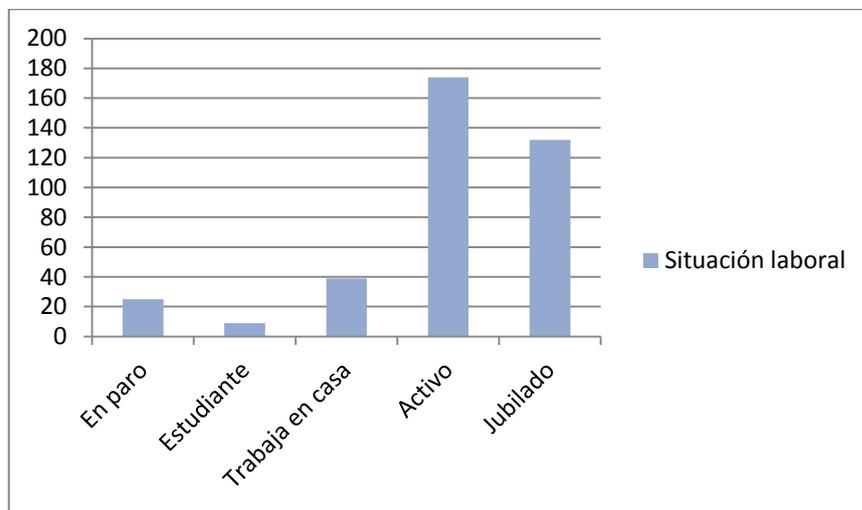


Gráfico 7.- muestra según Localidad de residencia.

### 5.2.5 SITUACIÓN LABORAL

La mayoría de la muestra de estudio presenta una situación laboral de *Activo* y/o *Jubilado* (Gráfica 8).



Gráfica 8.- muestra según Situación laboral

### 5.3 RESULTADOS DEL CUESTIONARIO

Para la obtención de un valor total o resultado del cuestionario se ha efectuado una operación simple, consistente en el sumatorio de las puntuaciones dividido por número total de ítems. Es decir, la media aritmética de las puntuaciones.

Los estadísticos generales para la totalidad de la muestra ( $N=379$ ) son alentadores, dado que la puntuación en la totalidad de los cuestionarios están por encima del valor 4 (“*Satisfecho*”) (Tabla 14).

	Estadístico
Media	4,0130
Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior Límite superior
	3,9740 4,0521
Media recortada al 5%	4,0169
Mediana	3,9792
Varianza	,148
Desv. típ.	,38532
Mínimo	2,88
Máximo	4,79
Rango	1,92
Amplitud intercuartil	,54
Asimetría	-,510
Curtosis	-,214

**Tabla 14.-** Descriptivos del resultado total del cuestionario. Media aritmética de las puntuaciones.

**Por sexos**, primeramente encontramos que sus distribuciones no se aproximan a la normalidad de forma suficientemente concluyentes (Tabla 15).

Sexo	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	Gl	Sig.
Resultado Total Mujeres	,078	241	,001	,972	241	,000
Hombres	,086	137	,063	,963	137	,118

a. Corrección de la significación de Lilliefors

\*. Este es un límite inferior de la significación verdadera.

**Tabla 15.-** Pruebas de normalidad

Las diferencias encontradas entre hombres y mujeres en cuanto a su percepción general de la calidad de atención no resulta ser significativa (Tabla 16).

Sexo	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Resultado Total Mujeres	241	4,0425	,39926	,06124
Hombres	138	3,9611	,35497	,04510

**Tabla 16.-** Estadísticos de grupo

**Por Intervalos de edades**

La distribución de las muestras siguen la no normalidad (tabla 17).

Intervalos de edad	Kolmogorov-Smirnov			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig	Estadístico	gl	Sig
19-20	0,2356	3	0,000	,7854	3	0,000
21-30	0,4568	20	0,3746	,9663	20	0,025
31-40	,04578	81	0,0219	,7452	81	0,014
41-50	,07845	59	0,0225	,9611	59	0,016
51-60	0,1245	82	0,056	,5579	82	0,000
61-70	,06589	67	0,000	,1100	67	0,025
71-80	,1296	46	0,0605	,0814	46	0,014
81-90	,7485	22	,01494	,1215	22	0,015
>90	,1147	2	0,000	,1775	2	0,000

**Tabla 17.-** Pruebas de normalidad por intervalos de edades

**Por Nivel de estudios**, encontramos que las distribuciones de las sub-muestras, en función de los niveles de estudios, no siguen una distribución normal (tabla 18).

	Nivel de Estudios	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
		Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
Resultado Total	,00	,127	41	,094 <sup>*</sup>	,945	41	,047
	1,00	,103	227	,000	,961	227	,000
	2,00	,099	110	,010	,956	110	,001

a. Corrección de la significación de Lilliefors

**Tabla 18.-** Pruebas de normalidad

No existen diferencias en cuanto a la percepción de la Calidad de atención entre los grupos de diferentes niveles de estudios (Tabla 19). No es una cuestión por lo tanto que dependa o quede afectada por la formación del usuario. La medida se muestra independiente de este aspecto.

	N	Media	Desviación típica	Error típico	Intervalo de confianza para la media al 95%	
					Límite inferior	Límite superior
Sin Estudios	42	4,0437	,37349	,58330	3,9258	4,1616
E. Primerios	227	4,0290	,37784	,25080	3,9796	4,0784
E. Univer.	110	3,9686	,40430	,38550	3,8922	4,0450
Total	379					

**Tabla 19.-** Descriptivos del resultado total del cuestionario por Nivel de estudios.

Por **Situación laboral**

Encontramos ausencia de normalidad en las distribuciones, en función de la situación laboral en la que se encuentran los sujetos (Tabla 20).

Situación Laboral		Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
		Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
Resultado Total	En paro	,265	25	,000	,846	25	,001
	Estudiante	,268	9	,062	,843	9	,062
	Trabaja en casa	,225	39	,000	,787	39	,000
	Activo	,063	174	,091	,975	174	,003
	Jubilado	,102	131	,002	,971	131	,006

a. Corrección de la significación de Lilliefors

**Tabla 20.-** Pruebas de normalidad

Según nuestros resultados, no encontramos que las diferencias entre personas, con diferente situación laboral, influyan en la percepción de la Calidad de la atención (Tabla 21).

	N	Media	Desviación típica	Error típico	Intervalo de confianza para la media al 95%	
					Límite inferior	Límite superior
En paro	25	3,9367	,54567	,10913	3,7114	4,1619
Estudiante	9	4,1852	,42395	,14132	3,8593	45,1110
Trabaja en casa	39	3,7959	,25051	,04011	3,7147	3,8771
Activo	174	3,9725	,37304	,02828	3,9166	4,0283
Jubilado	132	4,1342	,35594	,03110	4,0727	4,1957
Total	379					

**Tabla 21.-** Descriptivos del resultado total del cuestionario por situación laboral

Por **Localidad de residencia**, encontramos que existe no normalidad en las distribuciones en función de la localidad de donde procede cada usuario (Tabla 22).

Localidad	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
Resultado Total Sevilla Capital	,086	237	,000	,974	237	,000
Sevilla Provincia	,101	117	,005	,961	117	,002
Otros	,151	24	,169	,907	24	,030

a. Corrección de la significación de Lilliefors

**Tabla 22.-** Pruebas de normalidad

La percepción de la Calidad de atención, no está afectada o influenciada por la procedencia del usuario del servicio. La percepción de la calidad de atención es independiente de la procedencia del usuario (Tabla 23).

	N	Media	Desviación típica	Error típico	Intervalo de confianza para la media al 95%	
					Límite inferior	Límite superior
Sevilla Capital	237	3,9951	,39718	,02580	3,9442	4,0459
Sevilla Provincia	117	4,0313	,35532	,32850	3,9663	4,0964
Otros	25	4,1007	,40638	,82950	3,9291	4,2723
Total	379					

Tabla 23.- Descriptivos del resultado total del cuestionario por localidad de residencial

## 5.4 RESULTADOS POR FACTORES

Cuando tratamos los factores como variables que definen el comportamiento de la muestra se detecta una pérdida de normalidad en sus distribuciones (Tabla 24).

	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
Res. Información	,158	379	,000	,916	379	,000
Res. Aspectos Clínicos	,122	379	,000	,956	379	,000
Res. Accesos, Tiempos y Espera	,115	379	,000	,968	379	,000
Res. Administración	,196	379	,000	,908	379	,000
Res. Trato y Cortesía	,278	379	,000	,795	379	,000

a. Corrección de la significación de Lilliefors

Tabla 24.- Pruebas de normalidad

El factor mejor valorado es el relativo a Trato y Cortesía, seguido de Administración y Aspectos Clínicos, que obtiene una puntuación promedio que se sitúa entre “satisfecho” y “muy satisfecho” (Tabla 25).

Se han presentado las medianas dado que la media deja de ser la medida de tendencia central que mejor representa a la submuestra.

	N	Mínimo	Máximo	Media	Mediana	Desv. típ.
Res. Información	379	2,40	5,00	4,1847	<b>4,0000</b>	,59136
Res. Aspectos Clínicos	379	2,60	5,00	4,1974	<b>4,2000</b>	,50342
Res. Accesos, Tiempos y Espera	379	2,83	5,00	4,1381	<b>4,1667</b>	,48658
Res. Administración	379	3,25	5,00	4,3186	<b>4,2500</b>	,49090
Res. Trato y Cortesía	379	3,33	5,00	4,6491	<b>4,6667</b>	,39580
N válido (según lista)	379					

**Tabla 25.-** Estadísticos descriptivos

El factor Aspectos clínicos se muestra significativamente superior al factor trato y en menor medida al factor Administración (tabla 26).

	Res. Aspectos Clínicos - Res. Información	Res. Aspectos Clínicos - Res. Accesos, tiempo, espera	Res Aspectos Clínicos. - Res. Administración	Res. Aspectos Clínicos - Res. Trato- cortesía
Z	-0,71 <sup>b</sup>	-2,703 <sup>b</sup>	-4,831 <sup>b</sup>	-14,364 <sup>a</sup>
Sig. asintót. (bilateral)	,944	<b>,007</b>	,000	<b>,000</b>

a. Basado en los rangos negativos.

b. Basado en los rangos positivos

c. Prueba de los rangos con signo de Wilcoxon

**Tabla 26.-** Estadísticos de contraste

El factor Información se muestra significativamente muy superior a los factores Trato-Cortesía y factor Administración respectivamente (Tabla 27).

	Res. Información - Res. Accesos- Tiempo-espera	Res. Información - Res. Administración	Res. Información - Res. Trato- Cortesía
Z	-2,571 <sup>a</sup>	-4,874 <sup>b</sup>	-13,139 <sup>b</sup>
Sig. asintót. (bilateral)	<b>,010</b>	,000	<b>,000</b>

a. Basado en los rangos negativos.

b. Basado en los rangos positivos.

c. Prueba de los rangos con signo de Wilcoxon

**Tabla 27.-** Estadísticos de contraste

	Res.Accesos- tiempo-espera - Res. Información	Res. Accesos- tiempo-espera - Res.Administración
Z	-3,704	-4,914
Sig. asintót. (bilateral)	<b>,000</b>	<b>,000</b>

**Tabla 28.-** Estadísticos de contraste

El factor Accesos, Tiempos y Espera establece una diferencia significativa con el factor Trato- Cortesía y de menor forma con el factor Información y Aspectos clínicos, en igual medida respectivamente. El factor Administración supera al factor Trato- Cortesía (Tabla 28 - 29).

	Res.Administración - Res.Trato- Cortesía
Z	-11,921 <sup>a</sup>
Sig. asintót. (bilateral)	<b>,000</b>

a. Basado en los rangos negativos.

**Tabla 29.-** Estadísticos de contraste

Un resumen de estas comparaciones sobre la totalidad de la muestra, se muestra en este cuadro y debemos concluir que de los cinco factores (Tabla 30):

- El factor Trato-Cortesía se muestra significativamente superior a los otros cuatro factores, seguido del factor Administración.
- No existe ninguna relación de magnitud entre los factores Información y Factor Aspectos clínicos.

	Res.Aspec clin	Res.Aceso-Tº	Res. Adminst.	Res.Trato-Cort
Res. Información	-0,71 0,944	-2,571 <b>0,010</b>	-4,874 0	-13,139 <b>0,000</b>
Res. Aspectos Clínicos		-2,703 <b>0,007</b>	-4,831 0	-14,364 <b>0,000</b>
Res. Acceso-Tiempo- espera			-3,704 <b>0,000</b>	-7,368 <sup>a</sup> <b>0,000</b>
Res. Administración				-11,921 <b>0,000</b>

Tabla 30.- Cuadro resumen

### Factores por sexos

Sexo.	(N)	Informac.	Asp. clínic.	Aces- tiemp-esp	Admins.	Trato
Mujeres	241	4,0100	4,2000	4,1667	4,2500	4,6667
Hombres	138	4,0000	4,2000	4,0000	4,0000	4,3677

Tabla 31.- Medianas de los factores del cuestionario por sexo

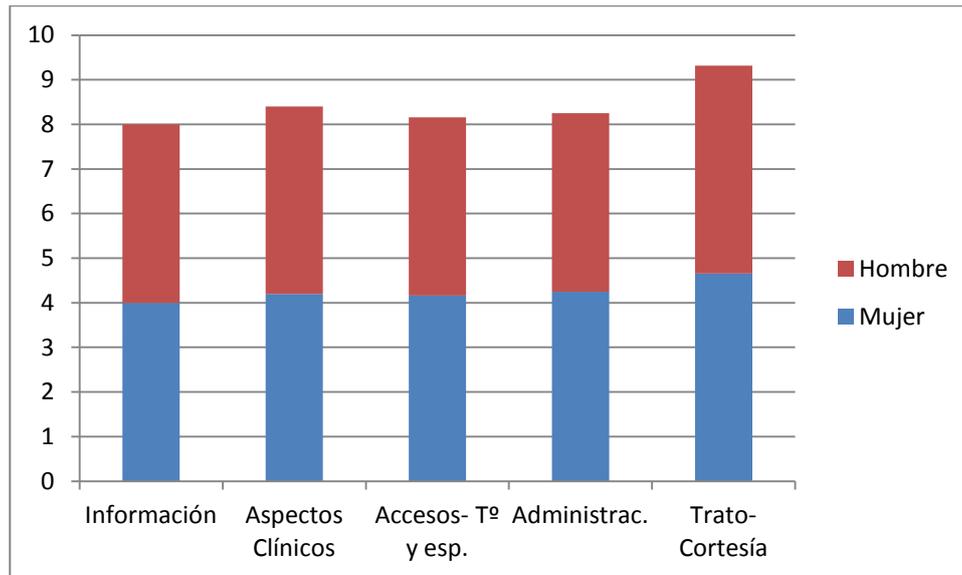


Gráfico 9.- Relación factores por sexo.

Los factores Accesos tiempos y espera y el factor Administración se ve influenciado según la variable *sexo* (Tabla 31) (Gráfica 9).

Los valores de las medianas de cada factor en función del sexo se presentan en la siguiente tabla (Tabla 32) sin diferencias significativas:

	Res. Información	Res. Aspectos Clínicos	Res. Acceso-Tiempo-Espera	Res. Administración	Res. Trato-Cortesía
Chi-cuadrado	,000	,281	23,350	3,859	,009
gl	1	1	1	1	1
Sig. asintót. (bilateral)	,998	,596	,000	,049	,0925

a. Variable de agrupación: Sexo

Tabla 32.- Estadísticos de contraste

### Factores por intervalos de edades

Por intervalos de edades, de igual manera, encontramos que la valoración que consiguen los aspectos relativos al Trato y cortesía, son los mejores considerados para casi todas las franjas de edades.

La significación de los diferentes niveles del factor por rango de edad hace que éste no siga una distribución de normalidad, por lo tanto tomamos las medianas como medida descriptiva frente a la media por ser aquella más robusta.

Los factores Aspectos clínicos, Información y Administración, oscilan en una franja de puntuación entre 4,00 y 4,60 tomadas las medianas (Tabla 33) (Gráfico 10).

Edad por intervalos	(N)	Inform.	Asp. Clinic.	Acceso-Tº- esp	Adiminst.	Trato
19-20 años	6	4,2000	4,4000	4,0000	4,3750	4,8333
21-30 años	27	4,2000	4,0000	3,8333	4,0000	4,6667
31-40 años	77	4,0000	4,2000	4,1667	4,5000	4,6667
41-50 años	67	4,0000	4,2000	4,0000	4,2500	4,6667
51-60 años	68	4,2000	4,2000	4,0000	4,2500	4,8333
61-70 años	65	4,0000	4,2000	4,3333	4,5000	4,6667
71-80 años	48	4,0000	4,0000	4,1667	4,0000	4,6667
81-90 años	20	4,6000	4,4000	4,5000	4,6250	4,0000

Tabla 33.- Medianas de los Factores del cuestionario por intervalos de edades.

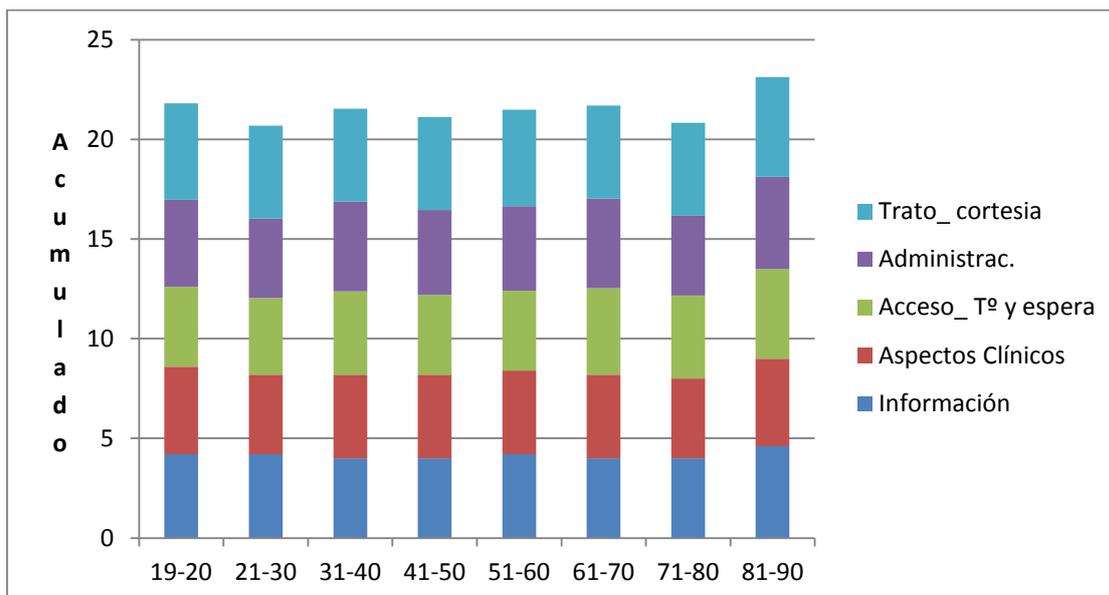


Gráfico 10.- factores por intervalo de edad.

No se encuentran diferencias significativas al efectuar una desagregación entre los intervalos de edad y los factores extraídos, como puede observarse al efectuarse una comparación de las medianas extraídas por grupos de edad (Tabla 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40 y 41). La utilización de las medianas se justifica por ser una medida de tendencia central de una distribución más robusta que la media.

	Res. . Información	Res. Aspectos Clínicos	Res. Acceso- Tiempo-Espera	Res. Administración	Res. Trato- Cortesía
Chi-cuadrado	5,000	5,000	5,000	5,000	5,000
Gl	1	1	1	1	1
Sig. asintót.	,025	,025	,025	,025	,025

a. Prueba de Kruskal-Wallis

b. Variable de agrupación: Edad por intervalo de 19- 20 años.

**Tabla 34.-** Estadísticos de contraste

	Res. . Información	Res. Aspectos Clínicos	Res. Acceso- Tiempo-Espera	Res. Administración	Res. Trato- Cortesía
Chi-cuadrado	15,551	8,506	9,673	13,490	5,710
Gl	5	5	5	5	5
Sig. asintót.	,008	,130	,085	,019	,335

a. Prueba de Kruskal-Wallis

b. Variable de agrupación: Edad por intervalo de 21 a 30 años.

**Tabla 35.-** Estadísticos de contraste

	Res. . Información	Res Aspectos Clínicos.	Res. Acceso- Tiempo-Espera	Res. Administración	Res. Trato- Cortesía
Chi-cuadrado	23,781	24,583	33,890	35,229	27,847
Gl	8	8	8	8	8
Sig. asintót.	,002	,002	,000	,000	,001

a. Prueba de Kruskal-Wallis

b. Variable de agrupación: Edad por intervalo de 31 a 40 años.

**Tabla 36.-** Estadísticos de contraste

	Res. . Información	Res. Aspectos Clínicos	Res. Acceso- Tiempo-Espera	Res. Administración	Res Trato- Cortesía.
Chi-cuadrado	27,374	16,832	17,761	18,626	23,809
Gl	8	8	8	8	8
Sig. asintót.	,001	,032	,023	,017	,002

a. Prueba de Kruskal-Wallis

b. Variable de agrupación: Edad por intervalo de 41 a 50 años

**Tabla 37.-** Estadísticos de contraste

	Res. . Información	Res. Aspectos Clínicos	Res. Acceso- Tiempo-Espera	Res. Administración	Res. Trato- Cortesía
Chi-cuadrado	17,648	23,959	40,116	27,571	28,776
Gl	9	9	9	9	9
Sig. asintót.	,039	,004	,000	,001	,001

a. Prueba de Kruskal-Wallis

b. Variable de agrupación: Edad por intervalo de 51 a 60 años

**Tabla 38.-** Estadísticos de contraste

	Res. Información.	Res. Aspectos Clínicos	Res. Acceso- Tiempo-Espera	Res. Administración	Res.Trato- Cortesía
Chi-cuadrado	11,668	24,809	18,079	11,291	23,284
Gl	8	8	8	8	8
Sig. asintót.	,167	,002	,021	,186	,003

a. Prueba de Kruskal-Wallis

b. Variable de agrupación: Edad por intervalo de 61 a 70 años

**Tabla 39.-** Estadísticos de contraste

	Res. . Información	Res.2	Res.3	Res.4	Res.5
Chi-cuadrado	22,378	27,083	39,028	15,945	30,838
Gl	8	8	8	8	8
Sig. asintót.	,004	,001	,000	,043	,000

a. Prueba de Kruskal-Wallis

b. Variable de agrupación: Edad por intervalo de 71 a 80 años

**Tabla 40.-** Estadísticos de contraste

	Res. Información	Res.2	Res.3	Res.4	Res.5
Chi-cuadrado	4,357	13,391	12,049	11,902	4,711
Gl	4	4	4	4	4
Sig. asintót.	,360	,010	,017	,018	,318

a. Prueba de Kruskal-Wallis

b. Variable de agrupación: Edad por intervalo de 81 a 90 años

**Tabla 41.-** Estadísticos de contraste

**Factores por Niveles de estudios:**

Nivel de Estudios	(N)	Inform.	Asp. Clinc.	Acceso- Tº-Esp	Admistr.	Trato
Sin estudios		4,4000	4,0000	4,5000	4,0000	4,6667
E. Primarios		4,0000	4,0000	4,0000	4,2500	4,6667
E. Universit.		4,0000	4,2000	4,0000	4,5000	4,6667

**Tabla 42.-** Medianas de los Factores del cuestionario por Nivel de estudios

Los sujetos dan igual puntuación al factor Trato- cortesía con independencia del nivel de estudios (Tabla 42).

	Res. Información	Res. Aspectos Clínicos	Res. Acceso- Tº y espera	Res. Admistrac.	Res. Trato- Cortesía
Chi-cuadrado	1,420	1,198	21,048	8,413	7,703
gl	2	2	2	2	2
Sig. asintót.	,492	,549	,000	<b>,015</b>	,021

a. Prueba de Kruskal-Wallis

b. Variable de agrupación: Nivel de Estudios

**Tabla 43.-** Estadísticos de contraste.

No se establecen diferencias significativas entre los sujetos con diferente nivel de estudios y la percepción que estos tienen sobre el factor relativo a Administración y al factor Accesos- Tiempos y esperas (tabla 43).

	Nivel de	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	estudios	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
Información	SIN EST.	,159	41	,011	,873	41	,000
	EST. 1º	,179	228	,000	,904	228	,000
	UNIV.	,176	110	,000	,893	110	,000
Asp. Clinics	SIN EST.	,195	41	,000	,922	41	,008
	EST. 1º	,177	228	,000	,944	228	,000
	UNIV	,169	110	,000	,909	110	,000
Acceso- Tº	SIN EST.	,169	41	,005	,902	41	,002
	EST. 1º	,141	228	,000	,959	228	,000
	UNIV	,103	110	,006	,945	110	,000
Administ.	SIN EST.	,221	41	,000	,884	41	,001
	EST. 1º	,219	228	,000	,895	228	,000
	UNIV	,179	110	,000	,893	110	,000
Trato- Cortesía.	SIN EST.	,293	41	,000	,793	41	,000
	EST. 1º	,263	228	,000	,794	228	,000
	UNIV	,300	110	,000	,688	110	,000

**Tabla 44.-** Pruebas de Normalidad.

Los diferentes niveles no siguen una distribución de normalidad (Tabla 44).

**Factores por Situación laboral:**

Situación Laboral	(N)	Inform.	Asp. Clinic	Acceso- tº-esp	Administ.	Trato
En paro	25	4,0000	4,0000	4,1667	4,7500	4,7500
Estudiante	9	4,2000	4,6000	4,3333	4,5000	4,6667
En casa	39	3,8000	4,0000	3,8333	4,0000	4,6667
Activo	174	4,0000	4,2000	4,0000	4,2500	4,6667
Jubilado	132	4,4000	4,2000	4,3333	4,2500	4,6667

Tabla 45.- Medianas de los Factores del cuestionario por Nivel de estudios.

En general la situación laboral influye en la percepción de calidad de la atención prestada. La mayor diferencia del factor Administración se encuentra en las categorías En paro y Traja en casa (Tabla 45) (Gráfico 11).

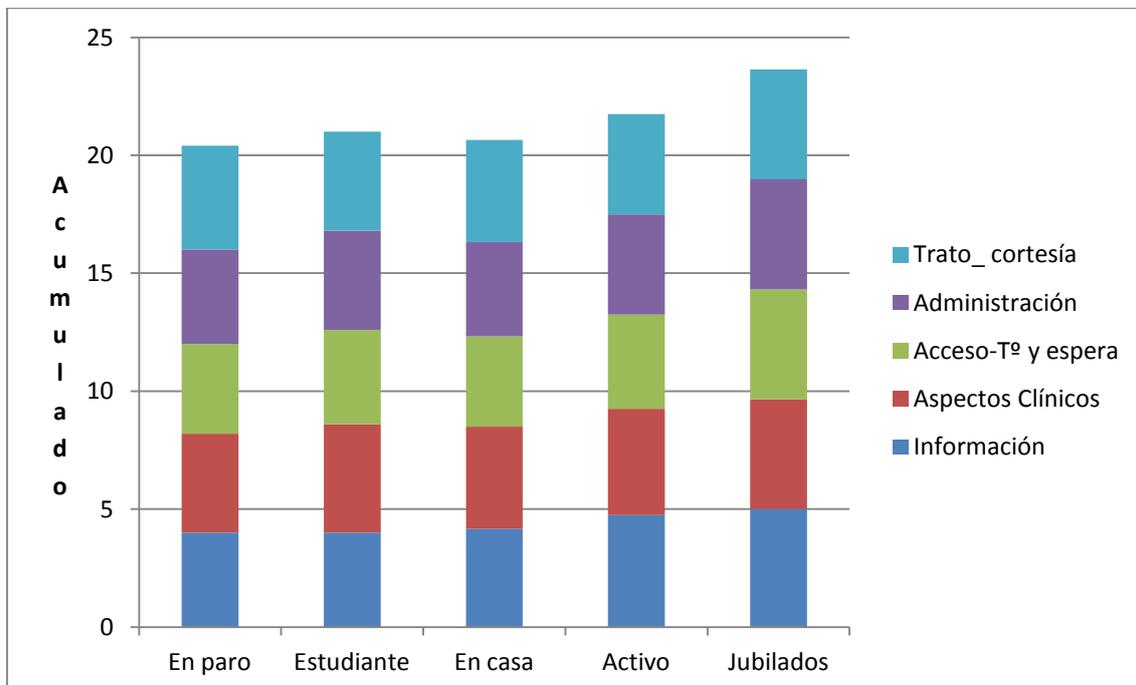


Gráfico 11.- factores y situación laboral

	Situación laboral	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
		Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
Información	PARO	,304	25	,000	,753	25	,000
	ESTUDIANTE	,274	9	,050	,827	9	,041
	EN CASA	,120	39	,163	,954	39	,116
	ACTIVO	,174	174	,000	,879	174	,000
	JUBILADO	,179	132	,000	,880	132	,000
Aspectos Clínicos	PARO	,159	25	,104	,910	25	,031
	ESTUDIANTE	,263	9	,072	,840	9	,058
	EN CASA	,200	39	,000	,873	39	,000
	ACTIVO	,118	174	,000	,940	174	,000
	JUBILADO	,148	132	,000	,944	132	,000
Accesos- Tº- Espera	PARO	,152	25	,142	,910	25	,030
	ESTUDIANTE	,254	9	,098	,918	9	,380
	EN CASA	,260	39	,000	,854	39	,000
	ACTIVO	,114	174	,000	,970	174	,001
	JUBILADO	,148	132	,000	,950	132	,000
Administr.	PARO	,291	25	,000	,804	25	,000
	ESTUDIANTE	,279	9	,042	,766	9	,008
	EN CASA	,216	39	,000	,891	39	,001
	ACTIVO	,207	174	,000	,892	174	,000
	JUBILADO	,218	132	,000	,871	132	,000
Trato-Cortesía	PARO	,367	25	,000	,619	25	,000

ESTUDIANTE	,356	9	,002	,655	9	,000
EN CASA	,286	39	,000	,826	39	,000
ACTIVO	,253	174	,000	,816	174	,000
JUBILADO	,274	132	,000	,760	132	,000

a. Corrección de la significación de Lilliefors

**Tabla 46.-** Pruebas de Normalidad.

La ausencia de normalidad en las distribuciones marcadas por las modalidades del factor no es suficientemente concluyente, ya que no se corroboran ambas pruebas, y además el nivel de significación no es ampliamente superado (Tabla 47).

	Información	Aspectos Clínicos	Acceso-Tiempo-espera	Administr.	Trato-Cortesía
N	379	379	379	379	379
Mediana	4,0000	4,2000	4,1667	4,2500	4,6667
Chi-cuadrado	11,856 <sup>b</sup>	12,387 <sup>c</sup>	29,127 <sup>d</sup>	9,463 <sup>e</sup>	5,013 <sup>f</sup>
gl	4	4	4	4	4
Sig. asintót.	,018	,015	,000	,051	,286

a. Variable de agrupación: Situación laboral.

**Tabla 47.-** Estadísticos de contraste.

En general la situación laboral influye en la percepción de calidad de la atención prestada, principalmente en el factor Trato y Cortesía.

### Factores por Localidad de residencia

Las diferentes distribuciones de las escalas, no siguen una ley Normal en los sectores Sevilla capital y Sevilla provincia (Tabla 48). Las diferencias en la percepción según su procedencia no son significativas.

Localidad residencia	(N)	Informac.	Asp. Clínic	Acceso- Tº	Administ.	Trato
Sevilla Cap	238	4,0000	4,2000	4,0833	4,2500	4,6667
Sevilla Prov	117	4,2000	4,2000	4,1667	4,0000	4,6667
Otros	24	4,1000	4,2000	4,5000	4,5000	4,8333

Tabla 48.- Medianas de los Factores del cuestionario por Localidad de residencia.

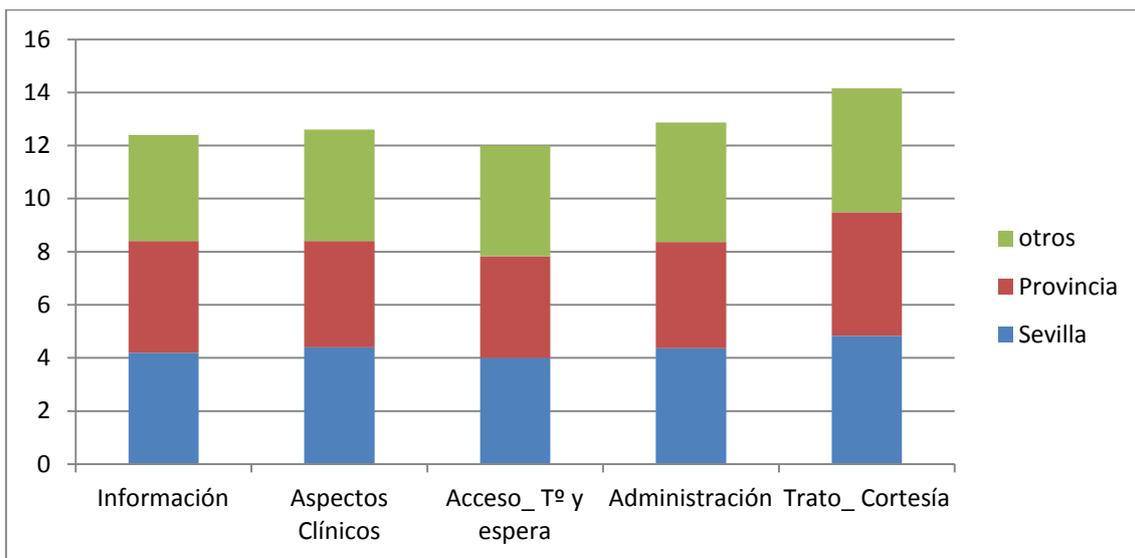


Gráfico 12.- factores por localidad de residencia

En general, la variable Localidad de residencia parece estar más influenciada o ser más sensible a la percepción de calidad de la atención recibida por los usuarios, aunque dada la escasa diferencia en magnitud con respecto al resto de factores, este aspecto parece no ser significativamente concluyente (Gráfico 12).

	Localidad	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
		Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
Informac.	SEVILLA	,172	238	,000	,916	238	,000
	PROVINCIA	,159	117	,000	,874	117	,000
	OTROS	,175	24	,055	,892	24	,015
Aspect. Clínic	SEVILLA	,123	238	,000	,950	238	,000
	PROVINCIA	,121	117	,000	,962	117	,002
	OTROS	,280	24	,000	,844	24	,002
Acceso- T <sup>o</sup> - espera	SEVILLA	,091	238	,000	,969	238	,000
	PROVINCIA	,125	117	,000	,955	117	,001
	OTROS	,315	24	,000	,828	24	,001
Administr.	SEVILLA	,156	238	,000	,925	238	,000
	PROVINCIA	,270	117	,000	,857	117	,000
	OTROS	,329	24	,000	,755	24	,000
Trato- Cortesía	SEVILLA	,264	238	,000	,783	238	,000
	PROVINCIA	,317	117	,000	,779	117	,000
	OTROS	,279	24	,000	,757	24	,000

a. Corrección de la significación de Lilliefors

**Tabla 49.-** Prueba de Normalidad

La prueba de normalidad para esta variable no es significativa (Tabla 49-50). La localidad de residencia influye en el factor Accesos, Tiempos y espera y el factor Trato-cortesía, dando una mejor valoración de este aspecto.

	Infomación	Aspectos. Clínicos	Acceso- Tº- espera	Administrc .	Trato- Cortesía
Chi-cuadrado	6,946	1,495	1,911	,718	2,367
gl	2	2	2	2	2
Sig. asintót.	,031	,474	,385	,698	,306

a. Prueba de Kruskal-Wallis

b. Variable de agrupación: localidad

**Tabla 50.-** Estadísticos de contraste.

## **6.- DISCUSIÓN**

En este capítulo realizamos una interpretación de los resultados obtenidos en nuestro estudio relacionándolos con los objetivos del mismo y reflexionando sobre posibles limitaciones que hemos detectado, así como indicando algunas líneas de investigación para la continuación y mejora de dicho estudio.

Este trabajo supone la primera experiencia de Calidad Asistencial en el ámbito de la Podología a nivel de Clínica Universitaria, que nos ha permitido evaluar la percepción de Calidad Asistencial de los usuarios del Área Clínica Podológica, con lo que podemos afirmar que se trata de uno de los primeros estudios en centros de estas características docentes y asistenciales, que aporta es una medida de Calidad percibida y no de la Calidad técnica del centro.

En relación a experiencias similares en la literatura aparecen investigaciones de aspectos de Calidad en numerosos trabajos sobre Calidad Asistencial en Ciencias de la Salud, fundamentalmente en la disciplina enfermera, tanto en entorno hospitalario como en Atención domiciliaria, y tanto a nivel público como privado. Consideramos que los resultados de nuestro trabajo son consonantes y coherentes con la numerosa bibliografía consultada.

Los trabajos de temática de Calidad en Podología son casi inexistentes y en este punto es donde radica parte de la importancia de esta investigación. Partiendo de esta premisa, la realización de pruebas de validez comparativas presenta cierta complejidad debido a la ausencia de trabajos con rigurosidad metodológica de este tipo en Podología. Por lo tanto nuestro estudio sólo podrá confrontarse con los resultados obtenidos en estudios desarrollados en entornos similares sin poder ofrecer resultados comparativos concluyentes.

Siendo conscientes del contexto en el que se desarrolla esta investigación, dado que es un centro docente y asistencial, resulta complicada la generalización de resultados, a no ser que se reproduzca en condiciones similares. Hay que aclarar que se trata de un estudio puntual y que por tanto los resultados no son generalizables en el tiempo.

En nuestra opinión la Calidad es algo más que una definición o propósito, actualmente representa una disciplina con un cuerpo de conocimientos propio; podemos afirmar que es una forma de pensamiento y actuación donde la excelencia “Hacer la cosas bien a la primera” rige las decisiones y actividades de cada uno de nosotros. Las organizaciones, públicas o privadas, intentan ser más competitivas caminando hacia la excelencia.

Como hemos apuntado anteriormente en relación a la comparación de los resultados de nuestro estudio está dificultada por la inexistencia de experiencias similares, por lo que intentaremos contrastarlos con estudios y trabajos publicados en la literatura científica en contextos lo más parecidos posible, con cuestionarios similares, que han sido elaborados para su aplicación en contextos tales como las consultas externas especializadas hospitalarias o la atención prestada en centros de salud de Atención Primaria (Mira y col, 1.998; González-Valentín y col, 2.005; Granado de la Orden y col, 2.006) y destacamos en Atención especializada, concretamente, un estudio realizado en el Servicio Vasco de Salud por González (2.007) con características similares al nuestro.

La evaluación y mejora de la calidad es considerada como un elemento imprescindible del funcionamiento rutinario de cualquier institución o servicio en todos los niveles de Atención sanitaria (Varo, 1.995; Saturno y col, 1.995; Starfield y col, 1.998; Solas y Silio, 2.000; Caminal, 2.001). Merece la pena resaltar que se está evaluando la Calidad de la asistencia únicamente desde el punto de vista del usuario y como se ha dicho, aunque es algo fundamental, la Calidad Asistencial es más compleja e intervienen otros componentes como los profesionales o los gestores, por lo que un estudio total de Calidad debe tener en consideración estos aspectos.

El tema de la Calidad es tratado ampliamente por el mundo del Marketing, una de las obras que aproxima la disciplina del Marketing a la Podología es la publicada por Novel (2.009), que es un trabajo que dedica a la gestión de la consulta podológica desde la perspectiva del marketing. Tal y como afirma su autora “una consulta podológica es una empresa de servicios, y de hecho y por extensión, su titular un empresario además de un profesional de la salud”.

Otros investigadores de la disciplina del marketing (Moliner y col, 1.996; Ramsaran-Fowder y col, 2.005) consideran que la Calidad es lo que el cliente dice que es y que la Calidad de un servicio determinado es lo que el cliente percibe que es.

➤ **En cuanto a la metodología**

Dado que la metodología de los estudios de validación de cuestionarios es ciertamente compleja se analizaron diferentes aspectos en el presente apartado. El primer aspecto relativo a esta cuestión versa sobre el tipo de metodología de investigación a emplear, bien una de tipo cuantitativo o bien de tipo cualitativo.

Nuestro estudio se ha realizado siguiendo una metodología de tipo cuantitativo que hemos considerado más oportuna fundamentalmente por las características del proyecto, si bien discrepamos con algunas autoras como Prieto y col (2.002) que defienden el empleo de una metodología puramente de tipo cualitativo.

Sus argumentos son concordantes con las conclusiones de los estudios cualitativos desarrollados por Quinn y col (2.004) y Collins y O´Cathain (2.003), que ponen de manifiesto que aunque se expresaron niveles altos de satisfacción en las encuestas entregadas, las entrevistas en profundidad indicaron experiencias negativas y percepciones no reflejadas en dichas encuestas.

La Calidad percibida por el usuario y su Satisfacción está basada en preferencias subjetivas o expectativas, que no se relacionan con la Calidad objetiva de la asistencia sanitaria, por lo que sería interesante considerar una perspectiva cuanti-cualitativa para la mejora de la investigación (Iñiguez, 1.999). Algunos estudios como el desarrollado por García y col (2.005) establecen un sistema de preguntas abiertas para conocer la satisfacción sobre los servicios sanitarios, este sistema requiere más tarde de un sistema de codificación y disponer de un sistema de clasificación que permita un seguimiento y comparación de los resultados.

Algunos autores han señalado (Saturno y col, 1.995; Sitzia, 1.997; Caminal y col, 2.001; Under y col, 2.002; Yellen y col, 2.002; Asadari-Lari y col, 2.004; Otani y col, 2.005; Hidalgo, 2.005) que la metodología más recomendable para valorar este tipo de estudios es la que combina técnicas de investigación cualitativas y cuantitativas.

La investigación cualitativa tiene reconocido su importante valor por otros numerosos profesionales de la Medicina y la salud, y por tanto nosotros como integrantes de una disciplina de salud debemos contemplarla en nuestros estudios, hecho que quizás no nos resulte tan ajeno como parece.

Coincidimos y por tanto participamos de las conclusiones obtenidas por Mira y col (2.004) publicadas en su artículo donde se pone de manifiesto que la investigación cualitativa es una alternativa válida, y utilizada con el rigor metodológico apropiado puede resultar de gran interés para los profesionales del ámbito de la salud.

➤ **En cuanto al modelo teórico**

Desde el punto de vista de la elección del modelo teórico para la elaboración del cuestionario hemos empleado las dos escalas realizando una adaptación de los ítems. En este punto nos posicionamos con lo defendido y propuesto por autores como Carman (1.990) ó Babakus y col (1.992) sobre la necesidad de adaptar los ítems a cada servicio y hacer una adaptación para su aplicación en este contexto particular. Otro estudio que analiza estas dos escalas es el realizado por Carrillat y col (2.007) en el que realizan un meta-análisis que concluye con que la adaptación de la escala Servqual al contexto de medición mejora su validez predictiva o de contenido.

Considerando igualmente válidas las dos escalas. Podemos afirmar con nuestros resultados que el Servperf como modelo de medición tiene una mejor aproximación a la satisfacción del usuario, tal y como se recoge en la propuesta que hace el Ministerio de Administraciones Publicas (2.006) en la guía rápida para la Orientación en la realización de estudios de análisis de la demanda y de encuestas de satisfacción.

### ➤ **Objetivo general**

La intencionalidad de la investigación surge de la necesidad de cuantificar y evaluar la percepción de Calidad Asistencial de los usuarios del Área Clínica Podológica, y los resultados obtenidos en este estudio confirman nuestro objetivo principal.

Por lo que podemos afirmar que los usuarios del Área Clínica Podológica se muestran satisfechos con la atención recibida en el servicio podológico de la Universidad de Sevilla. Evaluar la Calidad Asistencial es medir para mejorar e implica hacer juicios de valor sobre un aspecto concreto de la atención.

La elaboración de una herramienta de las características de la que presentamos para medir la calidad en el Área Clínica Podológica requiere de experiencia y conocimiento de los principales modelos teóricos de evaluación de la Calidad sanitaria publicados en la literatura científica. Este aspecto ha sido abordado en el inicio del presente trabajo.

### ➤ **Referente a los resultados del cuestionario**

Del análisis de los resultados globales de la puntuación de la totalidad de los cuestionarios destaca como aspecto más positivo la puntuación media de 4,013, que muestra que los resultados están por encima del valor “satisfecho”.

Los usuarios del ACP presentan unas características particulares, dado que saben que acuden a un centro docente y asistencial, por lo que su percepción de la atención recibida será mejor valorada que en otros entornos. Algunos factores personales de los usuarios como la disposición optimista delante de una situación determinada, influyen en el resultado del cuestionario (Wrosch, 2.003).

Nuestros resultados son similares a los obtenidos en la encuesta de satisfacción del centro durante los años 2.008-2.009, que otorgaban una valoración global del servicio de 4.28 y cuyos resultados peor valorados son el tiempo para obtener una cita (3.66) y los precios de los servicios (3.90).

Destacamos que un aspecto no contemplado en esta encuesta y sí en nuestro estudio es el relativo al denominado factor *Accesos*, que es uno de los que peor valoración recibe por los usuarios del ACP (4,16).

En el lado opuesto, lo que mejor valoran nuestros participantes es el factor relativo a *Trato y cortesía* entre “satisfecho” y “muy satisfecho” (4.667), seguido del factor relativo a *Administración*, discrepando con los resultados obtenidos por otros autores como Sánchez-Janariz y col (2.002) sobre la valoración negativa del área administrativa del centro sanitario en el que desarrollaron su estudio.

Nuestros resultados generales también son concordantes con estudios elaborados por otras instituciones públicas, así se contempla en los resultados de la encuesta (2.009) realizada por el Servicio Andaluz de Salud y el Instituto de Estudios Sociales Avanzados de Andalucía, del Consejo Superior de Investigaciones Científicas (IESA/CSIC) en donde la mayoría de los ciudadanos, más concretamente el 90%, de Andalucía valora con “satisfecho” la Atención recibida, tanto en consultas de Atención Primaria como consultas externas especializadas.

Otro porcentaje también elevado (90%) se muestra favorable ante la posibilidad de recomendar la asistencia a dichas consultas en las que han sido atendidos. Estos resultados se vuelven a repetir y así se recoge en la última encuesta de satisfacción 2.010 realizada a un total de 12.434 usuarios de centros de Atención Primaria de Andalucía, y cuyos resultados indican que el 95% recomendaría su centro sanitario, así como que el 91,9% se muestra satisfecho. Cabe destacar que las dimensiones del cuestionario corresponden con las propuestas en el diseño de éste, lo que demuestra la validez de constructo.

- **Objetivo específico nº 2:** *Establecer los niveles de satisfacción de los usuarios del Área Clínica Podológica.*

En relación a otro de los objetivos planteados en este estudio se encuentra la evaluación del grado de satisfacción con la Atención recibida, que se valora entre otros con los denominados “gold standard” coincidentes con la pregunta número 25, 26 y 27 del cuestionario. Algunos investigadores como González (2.008) han realizado algo similar con sus cuestionarios pero la tendencia general consiste en obtener puntuaciones globales de la satisfacción, por ello esta propiedad de nuestra herramienta añade calidad al estudio, ya que tiene capacidad discriminante.

La pregunta número 25 del cuestionario obtiene unos resultados que nos indican que constituyen la mayor aportación a la varianza total del cuestionario, coincidiendo con los resultados obtenidos por Granada de la Orden (2.006).

- **En cuanto a la relación Calidad – Satisfacción**

El concepto de Calidad del Servicio se ha tratado de diferenciar del concepto de Satisfacción del cliente, pero casi todos los expertos coinciden en que la Satisfacción es una medida a corto plazo y la Calidad del Servicio es una actitud a largo plazo resultante de la evaluación global de un desempeño (Barrera, 2.003). Este planteamiento es compartido por nosotros y confirmado a raíz de los resultados obtenidos en nuestro estudio.

Compartimos lo aportado por autores como Sitzia (1.997) en sus publicaciones sobre la idea de que en ocasiones somos los profesionales los que no sabemos diferenciar entre el concepto de Calidad y Satisfacción, por lo que es preciso tener en cuenta que la Satisfacción de los pacientes es una dimensión de la Calidad de la Atención sanitaria.

Diferimos de esa posición tan radical que defienden autores como Thiedke (2.007) acerca de que la Satisfacción es un constructo diferente de la Calidad de la Atención sanitaria y por eso se evalúa de forma separada. En nuestra opinión es necesario investigar modelos de Calidad que integren Calidad, Satisfacción del cliente y Valor del servicio.

Algunos autores como Hall (1.994) discrepan de la inclusión de la Satisfacción en los criterios de la Calidad Asistencial causados por diferentes motivos como por ejemplo: una falta de conocimientos científicos y técnicos por parte de los pacientes para evaluar la Calidad Asistencial, el estado físico o mental de los usuarios, la rapidez del proceso asistencial que podría dificultar que los pacientes puedan tener una opinión objetiva y comprensiva de lo que está ocurriendo o la dificultad que tiene definir aquello que los pacientes consideran Calidad.

Un aspecto muy importante para el colectivo podológico es que la satisfacción de los usuarios es esencial para atraer y mantener a los pacientes en un ambiente sanitario competitivo (Sitzia, 1.997) y posicionándonos con lo manifestado por Donabedian (1.980) es más probable que un paciente satisfecho utilice nuevamente los mismos servicios de salud (Otani, 2.005). Pensamos que tener una opinión favorable del servicio podológico recibido facilita la identificación del usuario con el centro podológico y le confiere prestigio y reconocimiento social al colectivo profesional.

La Podología como ámbito empresarial privado tiene que tener muy presente que la Satisfacción del usuario y la transmisión de una imagen favorable del centro podológico y del colectivo profesional es fundamental para conseguir la fidelidad, generar confianza y atraer a potenciales futuros clientes.

Discrepamos del planteamiento de algunos autores que señalan que aunque el conocimiento de la opinión del cliente sobre los servicios recibidos es una vía para mejorar la Calidad, no siempre la satisfacción es resultado de una buena atención.

Podemos afirmar que en la revisión de la literatura no queda claro si la Calidad percibida es un antecedente o consecuente de la Satisfacción. Unos trabajos abogan por la concepción de la Calidad como antecedente, mientras que otros la consideran una clara consecuencia de la Satisfacción del usuario (Sitzia, 1.997; Urden y col, 2.002). Las investigaciones más actuales y con las que nos posicionamos defienden una concepción de Calidad tanto de antecedente como consecuente (Varela y col, 2.003). Jackson y col (2.001) concluyen en su estudio una relación entre los predictores de la satisfacción de la atención sanitaria, encontrando que ésta varía según el tiempo que se tarde en

efectuar la evaluación, si éste es mayor se relaciona principalmente con la mejora del estado general del paciente.

➤ **En cuanto a las Propiedades métricas del cuestionario. Fiabilidad y Validez.**

Existen numerosos estudios y publicaciones en la literatura científica nacional e internacional relacionados con la validación de cuestionarios. Destacamos por su relevancia e impacto el trabajo de Streiner y Norman (2.003) que constituyen una guía para la construcción y validación de cuestionarios.

Los resultados obtenidos en relación a las características y propiedades psicométricas de la herramienta de medida revelan que se trata de un cuestionario que es fiable, válido y operativo. Algunos autores (Caminal, 2.001; Under, 2.002; Maceiras, 2.002; Otani, 2.005; Hidalgo, 2.005) presentan posiciones enfrentadas en lo que respecta a las propiedades psicométricas de algunas escalas.

En concordancia con todo lo expuesto anteriormente, podemos pensar que el cuestionario presenta unas propiedades psicométricas aceptables en el contexto particular en que se aplica, con una estructura de varios factores que evalúan las dimensiones acordadas. La elaboración de una herramienta de las características que presentamos requiere de conocimientos de evaluación de gestión y Calidad sanitaria.

Por lo que respecta al número de dimensiones que exploramos con el cuestionario en el análisis de los ítems encontramos un estudio realizado en Reino Unido por Macran y col (2.003) que evalúa los servicios de Podología mediante una encuesta abordando seis dimensiones para analizar el binomio salud-pie, y que concluyen con la necesidad de una mayor investigación en cuanto a las propiedades métricas de la medida de escala empleadas en dicho estudio.

➤ **Objetivo específico nº 1:** *Diseñar y aplicar un cuestionario fiable y válido en el contexto del Área Clínica de Podología.*

No obstante, hay que tener en consideración la opinión de algunos autores como Sitzia (1.999) que defienden que los instrumentos que se construyen expresamente para un

determinado estudio tienen menor validez y fiabilidad que los tradicionales. Los resultados de nuestro estudio sobre las propiedades de fiabilidad y validez convierten este cuestionario en una herramienta útil para favorecer la mejora de la gestión de los servicios de Podología.

Otra cuestión que cabe plantearse es lo defendido por Strainer y Norman (2.003) que considera que en ocasiones y debido a la heterogeneidad del constructo evaluado es conveniente priorizar la validez de contenido frente a la consistencia interna. Este autor también publicó algunos aspectos de recomendación sobre el tamaño muestral de algunos estudios cuantificando un número de 18 individuos, al igual que lo propuesto por el trabajo del Ministerio de Administraciones Públicas (2.006), que recomienda un mínimo de 25 sujetos. Un cuestionario con preguntas confusas o mal redactadas o que no se ajuste a la finalidad de la investigación, puede invalidar sus resultados a pesar de que nuestro diseño muestral sea correcto. En nuestro caso, contando con el asesoramiento de expertos en metodología, hemos considerado un tamaño muestral muy superior, siendo de 379 con el objetivo de proporcionar mayor representatividad, peso y potencia a la investigación.

Por lo tanto, es cierto que pese a que actualmente hay muchos usuarios que son reacios a participar en este tipo de estudios, una interpretación de la elevada participación de los usuarios de nuestro estudio se deriva fundamentalmente de las características propias del centro docente y del tipo de usuarios que acuden a éste conociendo dichas características.

#### ➤ **En lo referente al formato del cuestionario**

En cuanto al diseño del cuestionario prestamos especial atención al formato (Galindo, 1.998) discrepando del planteamiento que hacen algunos estudios acerca de que en los cuestionarios demasiado extensos, los pacientes tienden a responder automáticamente, repitiendo el mismo patrón de respuesta sin meditar sus respuestas y por tanto cometiendo un sesgo de tendencia a repetir respuesta (Martín, 2.004); en un meta-análisis de cuarenta estudios relacionados con la opinión de los pacientes de Atención Primaria evidencian relaciones entre el momento, el método y el lugar y el tipo de

escala empleado afectan al grado de satisfacción de los pacientes (Saturno, 1.995; Sitzia, 1.997; Under, 2.002; Maceiras, 2.002).

Además un estudio cualitativo desarrollado por Collins y col (2.003) concluyen que los pacientes comprenden claramente la serie o graduación de la satisfacción que se expresa en los cinco puntos de la escala tipo Likert. En cuanto a la escala de respuesta empleada hay que tener en cuenta que tiene ventajas a la hora de elaborar los resultados y el posterior análisis estadístico.

Algunos autores concluyen en sus estudios que la población de edad avanzada tiene algunas dificultades para dar un valor numérico, y se comprueba con frecuencia que no se corresponde a la valoración verbal o incluso gestual. En nuestro cuestionario se ha optado por la escala de valoración categórica ordinal, es decir, dan diferentes opciones de respuesta ordenada en categorías que van de peor a mejor. El número de categorías definido es de cinco. Pues, un número menor de categorías puede dejar fuera algunas opciones y hace más difícil una distribución normal de respuestas.

Con respecto a la escala de medida algunos autores señalan que desde un punto de vista puramente estadístico existe una preferencia por el uso de escalas simétrica con mayor número de categorías, de 1 a 10 pero concluyen que la asimetría de la escala con menor número de puntuaciones, de 1 a 5, no influye en los resultados obtenidos (Cuxart, 2.007).

En cuanto al tipo de cumplimentación en nuestro estudio discrepamos de lo propuesto por otros estudios que emplean los cuestionarios autoadministrados postales porque no nos permiten controlar de ningún modo la composición de la muestra. De hecho no podemos asegurar ni siquiera la tasa de respuesta. Algunos autores como Carrión-Bolaños (2.003) y Guix (2.004) señalan que las encuestas postales tienen una tasa de respuestas baja.

Otra forma de cumplimentación es mediante la encuesta telefónica que tiende a optimizar la relación calidad/precio, pero está supeditada a disponer del número de teléfono de los usuarios a entrevistar, algo muchas veces difícil (Caldentey, 2.006; MAP, 2.006).

➤ **Respecto al pilotaje**

Para el pilotaje del cuestionario hemos empleado un total de 30 usuarios siguiendo las recomendaciones propuestas por Martín (2.004) que cuantifica un total de entre 30 y 50 sujetos, y que nos parecía un número más razonable, no obstante en la bibliografía revisada existen otros autores como Norman y Strainer (1.996), Sánchez y col (2.004), Airgibay y col (2.006) que recomiendan en sus publicaciones que para el proceso de validación durante el pilotaje se requiere un mínimo de cinco pacientes por cada ítem que contenga el cuestionario, para obtener resultados consistentes.

➤ **En cuanto a las dimensiones**

Para comprobar que el cuestionario mide distintos aspectos de un constructo se realizó un análisis de la dimensionalidad mediante un análisis factorial, que identificó cinco dimensiones que explicaban una proporción importante de la varianza del modelo.

Para confirmar estas propiedades se realizó un análisis factorial, coincidiendo con numerosos trabajos consultados en nuestra revisión bibliográfica, con un valor de la varianza total de 64,074% explicada por los factores superiores a 1, siendo esta de casi dos tercios del total. Con la posterior rotación ortogonal de la matriz factorial y clasificación de los factores denominados: *Administración, Aspectos clínicos, Accesos-Tiempos y espera, Trato-Cortesía e Información.*

En otras palabras, estos factores que se han extraído estadísticamente representan el 64,074 % del total del modelo teórico propuesto, una cifra bastante adecuada y similar a la aportada por los trabajos de validación de cuestionarios encontrados en nuestra revisión bibliográfica, que nos permite afirmar que el cuestionario presenta unas propiedades psicométricas aceptables en la muestra clínica estudiada. Podemos considerar que el cuestionario empleado es adecuado, que tiene validez aparente y de contenido y además tiene unos contenidos válidos. Granado y col (2.006) obtuvieron resultados similares a los nuestros en el análisis factorial con un 60% de la varianza.

Un requisito indispensable para la realización del análisis factorial es que la matriz de correlaciones inicial permita localizar agrupamientos de ítems. Para ello hay que calcular dos estimadores que aseguren que la matriz de correlaciones es adecuada.

Estos estimadores son el test de Barlett y el índice de Kaiser-Meyer-Olkin. Los resultados de ambos confirmaron la adecuación de la matriz y que existía una alta correlación entre variables, ya que el índice KMO fue mayor de 0,7 y la prueba del test de Barlett fue significativa, por lo que se procedió a realizar el análisis factorial.

En Atención Primaria, algunos estudios (Prieto y col, 2.002; Cerdá y col, 2.009) concluyen que los pacientes valoran sobre todo la eficacia clínica y organizativa, y dimensiones como la capacidad de respuesta, la accesibilidad y la información. Cerdá y col (2.009) señalan que los problemas de comunicación de la información sobre la enfermedad y el tratamiento suelen ser la causa más frecuente de insatisfacción.

Moina y col (2.008) realizaron un estudio en entornos y condiciones similares en consultas externas de diálisis de Nefrología cuyos resultados dan valoraciones positivas del 90% a aspectos relacionados con la accesibilidad, trato, confort y calidad técnica. Sánchez y col (2.008) concluyen en un trabajo de encuesta de satisfacción con la Atención de Enfermería que el atributo con peor valoración es el relacionado con los tiempos y espera.

Nuestros resultados sobre la clasificación de factores, concretamente del factor *Accesos-Tiempos y espera* se aproximan al argumento defendido por autores como Saturno y col (1.997) que defiende la inclusión de la dimensión de accesibilidad en la Calidad Asistencial, pues esta dimensión no se incluye en todas las definiciones de Calidad mostrándonos en consonancia con algunos autores como Varo (1.995), Merkovris y col (1.999) y Anderson y col (2.007) que sí la incluyen y que la relacionan con el grado de insatisfacción de los pacientes con la atención recibida.

Merckouris y col (1.999) y Anderson y col (2.007) concluyen en sus estudios con que aspectos relacionados con la accesibilidad tales como los anteriormente mencionados son motivos de insatisfacción de los usuarios de centros sanitarios.

Según un estudio realizado por Checa y col (2.007) con resultados bastante próximos a los obtenidos en nuestro trabajo y que se desarrolla en un hospital de tercer nivel, empleando un cuestionario similar con característica al Servqhos y que se cumplimenta mediante envío postal, muestra unos resultados de alpha de cronbach de 0.95 y presenta una tasa de respuesta del 30%, pero que concluye con un grado de satisfacción de 3.40

sobre una escala de cinco puntos; y cuyo aspecto peor valorado es el relativo a los *tiempos y espera*. En él se identificaron como factores que determinan la Satisfacción a los factores *Atención y Tiempos y espera*.

Otro estudio elaborado por Rivas y col (2.007) realiza una adaptación del cuestionario Servqhos en la población del Hospital de Día infantil, pero aplicando una metodología de tipo cuanti- cualitativo. Los resultados muestran una tasa de respuesta bastante alta (92%) y la satisfacción global fue de 9.2 puntos sobre un total de 10. Con la investigación cualitativa se detectaron problemas relacionados con la espera, con los tiempos y con la información recibida; este estudio concluye con una satisfacción buena de este servicio. Compartimos que el análisis cualitativo permite extraer mucha información relevante que puede ser coherente con los resultados del análisis descriptivo.

Cerpa y col (2.007) emplean una metodología similar a la nuestra pero con el modelo Servqhos, en un estudio desarrollado en el Hospital Universitario de La Paz de Madrid, que se realiza en cinco centros de especialidades periféricos con una participación mayor que la nuestra, con un total de 1503 sujetos y cuyo grado de satisfacción global es de 73%. La mayor insatisfacción se asocia con los tiempos de espera, desplazamientos y las citas. Ponen de manifiesto que la mayoría conoce el nombre del médico que les atiende pero no del personal de enfermería.

Como hemos apuntado anteriormente y siguiendo las recomendaciones de algunos autores como Haynes y col (1.995) y Carretero-Dios y col (2.005) sobre la validación de escalas, la aportación de recomendaciones en la redacción de ítems, y con la eliminación de otros, podemos afirmar que el cuestionario tiene validez aparente y de contenido.

#### ➤ **En cuanto a la Fiabilidad**

Coincidiendo con los planteamientos de autores como Mira y col (1.998), González-Valentín y col (2.005) y González y col (2.006) en sus trabajos para la validación de cuestionarios, para analizar la Fiabilidad del cuestionario y partiendo de que la

factorización por sí misma es indicativa de Fiabilidad, no sería necesario calcular el índice de alpha de Cronbach, pero en nuestro estudio lo hemos calculado obteniendo un valor elevado de 0.910 y por tanto aceptable para los fines de nuestra investigación, que nos permite afirmar que el cuestionario empleado es una herramienta de medida fiable, con una consistencia interna alta.

Por otro lado, el coeficiente alpha de cronbach se considera estimador menor del límite inferior del coeficiente de fiabilidad, por lo que autores como Sitjsma (2.009) proponen sustituirlo pero es una cuestión en la que tras la revisión bibliográfica nos posicionamos con que no presenta un consenso claro dentro de la comunidad científica.

Nuestros datos vienen a sumarse a la propuesta de autores como Díaz de Rada (2.002) o Sijtsma (2.009) sobre el análisis factorial, el cual determina el número de factores con los ítems que contendrá cada factor, y nos permite observar el grado de participación de cada variable en los factores, que responden a la intencionalidad de nuestra investigación.

El indicador alpha de cronbach tiene una limitación (Sánchez y col, 2.004; Argibay y col, 2.006) y es que está influenciado por el número de ítems de la escala, adquiriendo valores anormalmente elevados cuando el cuestionario excede de 30 ítems. En nuestro caso al no superarlos se entiende que el valor resultante de éste no está distorsionado. Los valores globales nos confirman la consistencia de nuestra escala.

Un estudio cuyos resultados vuelven a ser concordantes con los nuestros es el publicado por Lorenzo (2.007) que pretende evaluar el nivel de satisfacción de los pacientes intervenidos mediante cirugía mayor ambulatoria en un Hospital de segundo nivel de la Comunidad de Madrid con 471 encuestas y se recibieron el 31,2%. Con una análisis de fiabilidad y validez de Alpha de Cronbach = 0,948. La edad media es de 55,47 años y la media de la satisfacción global fue de 3,84 sobre 5. Se realizó un análisis factorial con tres factores, siendo el factor que más influye el que contiene amabilidad, trato e información (39%).

El análisis de las conclusiones del estudio publicado por Mira (2.002) ponen de manifiesto que las experiencias positivas de los pacientes en relación con el trato y la

empatía son los aspectos más valorados por pacientes y familiares y que por lo tanto representa uno de los predictores de satisfacción más importante.

➤ **En cuanto a las variables socio demográficas**

El estudio realizado por Granado y col (2.006) sobre el diseño y validación de un cuestionario para evaluar la satisfacción de pacientes de consultas externas se desarrolla en condiciones y un entorno asistencial muy parecido, con sujetos de la muestra con variables socio-demográficas similares, con resultados del 60% de mujeres, el 40% presentan estudios primarios y un 40% pertenecen a la categoría de jubilados.

De los datos demográficos de nuestro estudio se propuso formular los siguientes: edad, sexo, nivel de estudios, situación laboral y localidad de residencia. Comparando nuestros resultados con estudios que han relacionado la satisfacción de los pacientes con la Atención sanitaria y algunas variables socio-demográficas como la edad o el sexo entre otras, encontramos que Sitzia (1.997), Shilling y col (2.003), Cho y col (2.004) y Fran y col (2.005) concluyen que no mantiene relación entre sí dichas variables. Coincidiendo con este planteamiento Pujiula-Masó y col (2.006) en su estudio no observaron ninguna asociación entre las variables socio-demográficas y la satisfacción de los pacientes.

**Objetivo específico nº 3:** *Conocer e identificar el perfil socio-demográfico de los usuarios de estos servicios de Podología.*

La edad media de la muestra de nuestro estudio es parecida a la obtenida por Ramos y col (1.997) donde mayoritariamente la edad media oscila entre 60 y 80 años. La evaluación realizada por Mahillo (2.011) en su estudio obtiene resultados de 58 años. Nuestros resultados de 53,23 años se aproximan a los obtenidos por estos autores, considerando que esta franja etaria es la que con mayor frecuencia acude a los servicios podológicos del ACP. No queremos dejar de prestar atención al cambio que se está produciendo en el perfil de los usuarios del ACP, donde cada día encontramos a usuarios con mayor nivel de estudios y edades más tempranas, posiblemente por la

proximidad de la Comunidad Universitaria, y también debido a la consolidación y desarrollo del Programa de Salud Escolar Podológica, iniciado por el profesor Dr. Ramos (2.007).

Estos resultados apoyan la defensa que realizan entre otros Morales y col (2.007) coincidente con la mayoría trabajos (Cabrero y col, 1.995; Sitzia, 1.997; Thi y col, 2.002) que señalan el factor *edad*, como favorecedor con la satisfacción recibida, lo que coincide con nuestro estudio pues la mejor valoración proviene de los sujetos de mayor edad. Las personas mayores tienden a estar más satisfechas con el cuidado de la salud que las personas jóvenes. Concordante con nuestros resultados Cabrero y col (1.995) concluyen que no encuentran relación entre la *satisfacción y el sexo, el nivel de estudios o la situación laboral del usuario*, pero sí con la *edad*.

Los resultados obtenidos por Ramos (1.997) relacionados con el *sexo* de la muestra son de un 69,07 % de mujeres y un 30,93 % de hombres. Mahillo (2.011) encuentra la presencia igualmente mayoritaria a favor de la categoría *sexo* mujer, cuyos resultados son de 62,40 % de mujeres y un 37 % de hombres. Los resultados obtenidos en nuestro estudio referentes al *sexo* son de 63,59 % de mujeres y 36, 41% de hombres. Estos resultados son coherentes con que la población de categoría *sexo*: mujer requiere con mayor frecuencia los servicios podológicos, y de igual modo podemos confirmar que estos porcentajes no se modifican a lo largo de estos años desde 1.997 hasta 2.011.

Continuando con la procedencia de la muestra, los resultados de Mahillo (2.011) son de un 70% procedente de *Sevilla*, y los obtenidos por Ramos (1.997) de un 72 %. Los resultados de procedencia de la *provincia de Sevilla* son de Ramos 23,24% y de 23 % los obtenidos por Mahillo. Nuestros resultados son similares un 62,80 % son de *Sevilla*, casi la tercera parte (30,90%) proceden de *Sevilla provincia* y un 6,30 % tiene procedencia distinta a los anteriores. En nuestro estudio quisimos tener en cuenta la procedencia de *fuera de Sevilla capital y provincia*, contemplando otros destinos dado que el ACP es un referente nacional en la Podología, y que en ocasiones atiende a usuarios de todo el territorio nacional. Coincidente con que estos últimos tienen una valoración superior de la percepción de Calidad de la atención prestada, pero teniendo en cuenta que las diferencias con el resto son poco significativas.

Los resultados de la muestra de nuestro estudio indican que casi un tercio (30%) posee *estudios universitarios*, la mayoría (60,2 %) posee *estudios primarios* y solamente el 10,8% *no tienen estudios*. La categoría *Nivel de estudios* y la categoría *Trabaja/Activo* según nuestros resultados indican que los usuarios con mayor nivel de estudios suelen ser los más críticos con la atención recibida, planteamiento defendido por Murillo (2.007).

Sitzia (1.997) ha identificado la tendencia de asociar una satisfacción mayor con un nivel educativo más bajo. Nuestros resultados muestran que no existen diferencias significativas en cuanto a la percepción de Calidad de la atención según el *Nivel de estudios*, pero se aprecia una valoración inferior en los sujetos que poseen estudios universitarios (3,9686) ligeramente menor al resto de categorías, siendo concordantes con el planteamiento de algunos autores como Asadari- Lari (2.004) e Hidalgo (2.005) que defienden que un paciente sofisticado y educado está exigiendo servicios de calidad mejorados; o lo que señala Johansson y col (2.002) acerca de que el *sexo* y el *nivel de educación* son determinantes significativos en la evaluación de la Satisfacción, tal y como avalan diversos estudios realizados desde la disciplina enfermera y desarrollados a nivel internacional en EEUU y Suecia.

Nuestros resultados discrepan de las conclusiones de algunos autores (Wright, 2.006) en cuanto a la Satisfacción con respecto a la Atención sanitaria y la variable *sexo*. Éstos concluyen que los hombres presentan mayor nivel de satisfacción frente las mujeres que se muestran más insatisfechas. Nuestros resultados señalan mayor satisfacción en la mujeres (4,0425), con respecto a los hombres, teniendo en cuenta que las diferencias no son muy significativas.

En relación con los tiempos de espera nos posicionamos con lo defendido por algunos autores como Cuñado y col (1.997), Hutchison y col (2.003) y Ortiga y col (2.006) que señalan en sus estudios que debido a la falta de información y los tiempos de espera en la Atención, la Calidad Asistencial percibida disminuye y se manifiesta mediante un aumento de quejas y reclamaciones por parte de los usuarios. Nuestros resultados señalan que los aspectos relacionados con el factor *Accesos, Tiempos y espera* es el que peor valoración recibe (4,1381), seguido de factor *Información* cuya puntuación es de 4,1847. Las esperas que en muchos casos superan varias horas no sólo producen

insatisfacción y mala imagen del centro sino que ocasiona un importante daño productivo por la pérdida en horas de trabajo de los usuarios.

Estudios publicados en la literatura española (Mira, 2.002) destacan que los pacientes priorizan y valoran de manera significativa, que los profesionales les hablen claro y que les informen con palabras que entiendan, nuestros resultados son concordantes con estos estudios lo que refleja el esfuerzo de los podólogos por estar próximos al paciente.

Nos posicionamos con Bache (2.005) en la conveniencia de mejorar la gestión y dinamizar los tiempos de espera en aras de una mejora de la percepción y de la Calidad Asistencial. Los tiempos de espera son otros de los aspectos que deben mejorar los centros de Atención Primaria de Andalucía, según los resultados de la encuesta de satisfacción del Instituto de Estudios Avanzados de Andalucía y el Consejo Superior de Investigaciones Científicas en el año 2.010.

➤ **Objetivo específico nº 4:** *Identificar los factores que determinan la satisfacción de los usuarios del Área Clínica Podológica.*

El factor mejor valorado próximo a “muy satisfecho” es el relativo al *Trato y Cortesía*, cuya valoración es de 4,6491 y que coincide con las conclusiones del estudio publicado por Mira (2.002) que ponen de manifiesto que las experiencias positivas de los pacientes en relación con el trato y la empatía son los aspectos más valorados por pacientes y familiares y que por lo tanto representa uno de los predictores de satisfacción más importante. Estos valores de cortesía y respeto con los usuarios son uno de los objetivos que todos y cada uno de los profesionales del ACP intentan conseguir cada día y que fomenta y promociona la Dirección del centro.

Carrión (2.003) concluye en un estudio de Calidad percibida en hospitalización con unos resultados óptimos en relación con el aspecto relativo al trato, destacando o reconociendo a los profesionales de enfermería como los más valorados, seguidos de los médicos. Igualmente, los datos referidos a los hospitales andaluces, están en consonancia con los encontrados en otros estudios publicados por Mira (2.000) y Santiñá (2.002).

En la memoria de actividades del Área Clínica Podológica del año 2.010 se recogen un total de 58 quejas o reclamaciones presentadas por escrito por los usuarios del centro, de las cuales casi el 50% están relacionadas con las infraestructuras (cuartos de baño pequeños, climatización de la sala de espera, etc.) y la accesibilidad (aparcamientos), seguidos de casi un 40% de reclamaciones debidas a los tiempos de espera y sólo un 10% relacionados con el pago por los servicios prestados, estos datos no son comparables a los obtenidos por Monteagudo (2.003) en un estudio en centros hospitalarios con un 23 % de los sujetos daban valoraciones negativas a aspectos relativos a infraestructuras.

En cuanto a las quejas hay que señalar que hay autores que señalan que las reclamaciones siguen la regla descrita como el “fenómeno de iceberg”. Algunos autores como Detrie (1.994) y Horovitz (1.991) llegan a afirmar que solamente reclaman el 4 % del total de los insatisfechos, por diversos motivos como la falta de costumbre de exponer por escrito los problemas, las dificultades estructurales para hacerlo y la desconfianza de su utilidad e incluso en algunos casos, el temor a las represalias en el trato (Corbacho, 2.001). Ciertos estudios (Ekwall y col, 2.008) consideran que la mejora en las habilidades de comunicación impulsa un decremento de las quejas y un aumento de felicitaciones por el trato recibido, resultados que son corroborados con los de nuestro estudio, donde el aspecto relativo a *Trato y cortesía*, es uno de los que mejor valoración recibe.

#### ➤ **Eliminación de ítem**

En cuanto al proceso de refinamiento de la escala, hay que destacar que el análisis estadístico de los ítems de la escala ha servido para considerar la eliminación de uno de ellos. El ítem 4 es un ítem que apenas posee capacidad discriminante, es decir, que tiene poca relación con el total de la escala. Pese a que se trata de una variable compleja y difícil de valorar, desde nuestro punto de vista, tiene una gran importancia y relevancia social.

Nos resulta cuanto menos llamativo y por tanto requiere una mención especial el comportamiento producido por el ítem 4 del cuestionario durante el trabajo de campo.

Es importante destacar que durante la recogida de datos, y sobre todo durante los 30 primeros cuestionarios se observó por parte de los investigadores, cierta dificultad de los participantes para responder a la pregunta número 4 del cuestionario, pues sólo fue respondido por 19 de los 30 cuestionarios recogidos, por lo que dadas las características de nuestro estudio se decidió proceder a su eliminación, pues su no eliminación nos conducía a un proceso relativamente largo de estudio de las causas que provocan la no respuesta de uno de cada tres participantes. Como señalan Carretero-Dios y Pérez (2.007) la decisión de eliminar o conservar un ítem debe estar basada en una valoración conjunta de los índices estadísticos junto con la consideración de los aspectos conceptuales que motivaron la creación de éste ítem. El ítem 4 que hace referencia a las adaptaciones para discapacitados del centro, tuvo que eliminarse dado que se observó que contenía un porcentaje muy elevado de respuestas en blanco. Más concretamente el 36,08% de los sujetos no respondieron a esta pregunta. Esto quiere decir que 1 de cada 3 aproximadamente con toda probabilidad o bien no supo qué contestar o bien por no saber qué se le preguntaba. Esta apreciación sobre el ítem 4, se puede considerar un aspecto a valorar en el diseño de futuras investigaciones.

La accesibilidad aparece como debilidad manifiesta en los usuarios de otros estudios (Maderuelo y col, 1.996; Morales y col, 2.007) y en nuestro estudio, el factor relativo a los *Accesos* es el que peor valoración recibe (4,1381). Coincidimos con Cerdá y col (2.009) en que la accesibilidad es una dimensión que hay necesariamente que abordar para mejorar la Calidad percibida y la Satisfacción de los usuarios disminuyendo las barreras físicas, organizativas y culturales (Del Caño, 2.008).

En consonancia con todo lo anteriormente expuesto se evidencia que las necesidades de los usuarios van cambiando continuamente, lo que conlleva a analizar las dimensiones que más preocupan a los pacientes y realizar mediciones continuas de la Calidad percibida, para conocer su evolución y mejorar el servicio sanitario. Con las mediciones cada cierto periodo de tiempo se eliminan los sesgos inducidos por encuestar en determinadas estaciones del año o días de la semana, se mantiene un canal de comunicación permanente con el usuario y se realiza una medición real de la satisfacción en un periodo. Si se realizan actividades de mejora puede ser útil la

utilización de estos resultados como evaluación y repetir en un periodo de tiempo determinado para conocer y cuantificar las mejoras.

Por otra parte, consideramos necesario administrar este cuestionario en sucesivas ocasiones con objeto de valorar la respuesta al cambio, monitorizar las respuestas del nivel de Calidad percibida y detectar áreas de mejora.

La mejora continua y la búsqueda de la excelencia deben constituir un referente para la gestión de los centros sanitarios teniendo al usuario como eje fundamental del sistema.

## **6.1- LIMITACIONES. FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN**

Finalmente, no queremos terminar este trabajo sin apuntar una de nuestras principales limitaciones. Señalando que esta investigación se ha desarrollado en un contexto con unas características especiales. El Área Clínica Podológica es una institución pública donde se presta un servicio asistencial y docente, que se atiende la salud podológica de la población.

Por otra parte, la Podología es una disciplina de implantación profesional mayoritariamente privada, lo que hace pensar que las condiciones y el contexto sean completamente diferentes en la actividad profesional privada y que por tanto requiera de una adaptación para su aplicación en este contexto.

Otra cuestión que debemos tener en cuenta es que no se ha considerado el período ventana mínimo de dos o tres semanas posteriores al evento por evaluar, sino que la valoración fue al finalizar la consulta, en el propio centro. Consideramos que la opinión de los pacientes podría haber sido diferente si se hubiese hecho la valoración posteriormente y fuera del centro.

De lo anteriormente expuesto y sentando las bases científicas, consideramos la conveniencia de continuar con futuras investigaciones sobre Calidad en la asistencia podológica, tanto a nivel público como privado.

Como futura línea de investigación, pensamos que puede ser interesante profundizar en estudios que contemplen la percepción de barreras arquitectónicas por personas no discapacitadas, derivado de la falta de cumplimentación del ítem referente a esta cuestión o bien plantear una reformulación de la pregunta que nos permita obtener resultados al respecto. Destacamos y compartimos el concepto que defiende Rodríguez-Porrero (2.007) sobre Diseño para Todos. Se comprueba que un buen diseño para personas con discapacidad o con diversidad funcional, es bueno para la mayoría de los ciudadanos.

## 7.- CONCLUSIONES

- 1- El cuestionario elaborado para medir la Calidad de la atención percibida por los usuarios del ACP es una herramienta útil y fiable, que cumple con las propiedades de validez y fiabilidad por lo que es adecuado para su aplicación en este contexto particular.
- 2- Los resultados muestran que la puntuación en la totalidad de los cuestionarios se sitúa por encima de 4 “satisfecho” (4,0130). El factor Trato y Cortesía es el mejor valorado (4,6491), mientras que el peor valoración recibe es el factor Accesos, Tiempo y esperas (4,1381).
- 3- El perfil socio-demográfico de los usuarios del ACP responde a mujeres con una edad media de 53,23 años y que proceden de Sevilla capital. Se muestran satisfechos con la atención recibida en el ACP y recomendarían el centro a otros usuarios.
- 4- El análisis factorial detecta factores compuestos por ítems que responden a la intencionalidad de nuestra investigación.
- 5- Con la información de este estudio consideramos que profundizar en esta línea de investigación puede aportar avances significativos en la gestión de cualquier centro sanitario, incluido el ACP, así como colaborar en la propuesta de mejoras en la Calidad Asistencial.
- 6- Los resultados generales obtenidos de este estudio transmiten una información muy útil y necesaria para que los gestores del ACP en el proceso de mejora de la Calidad Asistencial y para incentivar la participación de los profesionales podólogos en la adopción de este tipo de herramientas en su quehacer diario.

## 8.- RESUMEN

Existen pocos estudios sobre Calidad Asistencial prestada en Clínicas Universitarias y menos en el ámbito de la Podología. El Área Clínica Podológica (ACP) de la Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología de la Universidad de Sevilla presta un servicio de salud podológica a Sevilla y provincia, fundamentalmente.

El objetivo principal de nuestro trabajo es evaluar la percepción de la Calidad Asistencial y conocer el grado de satisfacción de los usuarios del ACP de la Universidad de Sevilla durante los años 2.010 y 2.011. Otros objetivos son el diseño de un cuestionario fiable y válido, analizando sus propiedades psicométricas, Conocer los ítems con valoraciones más negativas relacionados con la Calidad de los servicios podológicos, Conocer e identificar las características y los perfiles socio- demográficos de los usuarios de estos servicios de Podología, y dar a conocer y comunicar a todos los profesionales la opinión que los usuarios tiene de nosotros en este momento, en cuanto a la Calidad percibida, implicándolos en la cultura de mejora de Calidad continua y propiciando la motivación de los profesionales.

Es un estudio descriptivo, observacional, transversal y retrospectivo. La muestra se compone de (N=379) 241 mujeres y 138 hombres, con edades entre 19 y 87 años, mayoritariamente, con estudios primarios, jubilados y residentes en Sevilla capital.

Se ha utilizado un cuestionario adaptado con semejanzas de ítems del Servqual y del Servperf y fiable, válido y conciso, adecuado para su aplicación en este contexto. En el análisis factorial se detectan factores compuestos por ítems que responden a la intencionalidad de la investigación. Los cinco factores resultantes nos dan el 64,074% de la varianza total. El coeficiente alfa de Cronbach es elevado de 0,910.

Los resultados muestran que la puntuación en la totalidad de los cuestionarios se sitúa por encima de 4 “satisfecho” (4,0130). El factor “Trato y Cortesía” es el mejor valorado (4,6491) mientras que el peor valorado por los usuarios es el factor “Accesos, Tiempos y espera” (4,1381).

Consideramos que profundizar en esta línea de investigación puede aportar avances significativos en la gestión, calidad y evaluación de los servicios podológicos, así como para fortalecer la imagen social de la Podología.

Para conseguir la excelencia en la Podología deberíamos favorecer la interacción de todos los elementos que intervienen en el proceso de salud y tener presente que la Calidad de un servicio es la percepción que el usuario tiene del mismo. La Podología debe estar en sintonía con la evolución del proceso asistencial.

## 9.- BIBLIOGRAFÍA

1. **AENOR. ISO 9000.** Guía y comentarios. 3ª ed. Madrid: AENOR; 2001.
2. **Anderson R, Camacho FT y col.** Willing to wait? The influence of patient wait time on satisfaction with primary care. BMC. Health Service Research. 2.007; 7: 31.
3. **Andía CM, Pineda AM, Martínez C y Saco S.** Satisfacción del usuario de los servicios de hospitalización del Hospital Nacional Sur Este Salud Cusco, Noviembre- Diciembre 2000. Revista Situa. 2.001; 9(17): 18-26.
4. **Aranaz JM.** La calidad en los servicios sanitarios una propuesta general para los servicios clínicos. [Consulta 15 Julio 2011]. Disponible en: <http://neurologia.rediris.es/congreso-1/conferencias/asistencia-7.html>
5. **Aranaz J, Mira JJ y col.** La satisfacción del paciente como una medida del resultado de la atención sanitaria. Medicina Clínica. 2000; 114(3):26-33.
6. **Aranaz JM** [Internet]. La calidad en los servicios sanitarios una propuesta general para los servicios clínicos [Consulta 10 Octubre 2011]. Disponible en: <http://neurologia.rediris.es/congreso-1/conferencias/asistencia-7.html>
7. **Argibay JC.** Técnicas Psicométricas. Cuestiones de validez y confiabilidad. Subjetividad y Procesos cognitivos. 2.006; 15-33.
8. **Argimon JM y Jiménez J.** Métodos de investigación clínica y epidemiológica. Madrid: Elseiver. España, S.A. 2.007:151-58.

9. **Asadari-Lari M, Tamburini M y Gray D.** Patient's needs, satisfaction and health related quality of life: Towards a comprehensive model. *Health and Quality of Life Outcomes*. 2004; 2: 32.
10. **Asubonteng P y col.** Servqual revised: a critical review of service quality. *Journal prof. serv.marketing*. 1996; 10: 62-81.
11. **Babakus E y Mangold WG.** Adapting the SERVQUAL scale to hospital service: an empirical investigation. *Health Serv. Res.* 1992; 26: 676-86.
12. **Bache J.** Emergency medicine: past, present and future. *Journal R. Soc. Medicine*. 2005; 98: 255-58.
13. **Badía X y Carné C.** La evaluación de la calidad de vida en el contexto del ensayo clínico. *Med. Clínica*. 1998; 110: 550-56.
14. **Barrasa JI, Aibar C y col.** Revisión sistemática de los estudios de satisfacción realizados en España en el periodo 1986-2001. *Revista Calidad Asistencial*. 2003; 18: 580-90.
15. **Barrera R, García A y col.** Visión del alumnado de secundaria sobre la calidad docente en el ámbito de las ciencias. Una valoración mediante la escala SERVQUAL. XV Jornadas Hispano-Lusas de Gestión Científicas, Sevilla, España 2005.
16. **Barrera R y Reyes MC.** Análisis comparado de las escalas de medición de la calidad de servicio. En XIII Jornadas Hispano-Lusas de Gestión Científica. Lugo: Universidad de Santiago de Compostela. 2003; 13: 285-294.

17. **Barroso C y Martín E.** Marketing relacional. Escuela superior de gestión comercial y marketing. 1ªed. Madrid; 1.999.
18. **Berwick DM.** The total customer relationship in health care: broadening the bandwidth. *Journal Qual. Improv.* 1997; 23: 245-250.
19. **Blanco-Abril S, Sánchez-Vicario F y col.** Satisfacción de los pacientes de urgencias con los cuidados enfermeros. *Enfermería Clínica.* 2010; 20(1): 23-31.
20. **Brown TJ, Churchill GA y col.** Improving the measurement of service quality. *Journal Retailing.* 1.993; 69: 127-39.
21. **Cabrero J, Richart M y Reig A.** Satisfacción del paciente hospitalizado y recién dado de alta. *Enfermería Clínica.* 1.995; 5: 190-8.
22. **Caldentey M., Tamborero G, Millán C, Crespo D y col.** Mejora de la accesibilidad mediante cita telefónica en un centro de salud. Memoria de actividades de Gerencia de Atención Primaria de Mallorca. *IBsalut* ; 2.006.
23. **Calnan M.** Citizens, users and health care. *Eur Journal Public Health.* 1997; 7(1): 1-2.
24. **Calidad total en la gestión de los servicios.** Cómo lograr el equilibrio entre las percepciones y las expectativas de los consumidores. Madrid: Díaz de Santos; 1993.
25. **Caminnal J.** La medida de la satisfacción: un instrumento de participación de la población en la mejora de la calidad de los servicios sanitarios. *Revista Calidad Asistencial.* 2001; 16: 276-279.
26. **Cárcamo CR.** Calidad percibida: ¿Ilusión o percepción?. *Revista Calidad asistencial.* 2.011; 26: 184-7.

27. **Carretero-Dios R y Pérez L.** Standards for the development and review of instrumental studies: Considerations absolute test selection in psychological research. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 2.007; 3(7): 863-882.
28. **Carrillat FA, Jaramillo F y col.** La validez de las escalas SERVQUAL y SERVPERF: vista meta-análisis de 17 años de investigación en los cinco continentes”. *Revista Internacional de Empresas de Servicios de Gestión*. 2.007; 18(5): 472-490.
29. **Carrion-Bolaños MI, Blanco JM, Salinero M, Rodríguez MA y col.** Calidad percibida por los pacientes en un hospital de agudos medida a través de encuestas. *Rev Calidad Asistencial*. 2003; 18(1): 39-45.
30. **Carman JM.** Consumer perceptions of service quality. *Journal Retailing*. 1.990; 66: 33-55.
31. **Cerdá R, Cardona A y Muñoz R.** Aspectos específicos de la calidad en Atención Primaria de salud. (5.3). *Manual de Calidad Asistencial*. SESCAM. 2.009.
32. **Cerda L, Villarroel L y col.** Evaluación de la concordancia inter-observador en investigación pediátrica: Coeficiente Kappa. *Rev. Chilena Pediatría*. 2008; 79(1): 54-8.
33. **Cerpa M, Gil A, Varela A, Otero Á y García J.** Satisfacción del paciente atendido en centros de especialidades periféricos del Hospital Universitario La Paz en 2.007. Madrid. 26º Congreso de la Sociedad Española de Calidad Asistencial /4º Congreso de la Sociedad Aragonesa de Calidad Asistencial. Zaragoza; 2.008.

34. **Cerro P, Matani-Chugani V y Santos AC.** ¿Qué opinan los pacientes de diálisis del Hospital Universitario Ntra. Sra. de la Candelaria sobre los servicios recibidos? Valoración de la calidad percibida. NURE Investigación. [Revista en Internet] 2008 Marzo-Abril. [consulta 20 Agosto 2010]; 5 (33). Disponible en: <http://www.nureinvestigación.es>
35. **Checa M, Lorenzo S, García J y col.** La satisfacción de los pacientes y sus factores determinantes en un Hospital. 26º Congreso de la Sociedad Española de Calidad Asistencial. Zaragoza 2.008.
36. **Cho WH, Lee H y col.** The impact of visit frequency on the relationship between service quality and outpatient satisfaction: a south korean study. Health Service research. 2.004; 39(1): 13-53.
37. **Cock D, Adams IC, Ibbetson AB y Baugh P.** REFERQUAL: a pilot study of a new service quality assesement instrument in the GP exercise referral scheme setting. BCM. Health Services Research. 2.006; 6: 61.
38. **Colomer C y Alvarez-Darder C.** Promoción de la salud y cambio social. Barcelona: Masson; 2.001.
39. **Collins K y O’Cathain A.** The continuum of patient satisfaction from satisfied to very satisfied. Society Science Medical. 2.003; 57: 65-70.
40. **Consejería de Salud de la Junta de Andalucía.** Encuesta de satisfacción 2.009 [Sitio en internet]. [Consulta 1 Septiembre 2010]. Disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es/.../introducción.asp>
41. **Consejería de Salud de la Junta de Andalucía.** Encuesta de satisfacción 2.010 [Sitio en internet]. [Consulta 24 Agosto 2011]. Disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud>

42. **Colegio Oficial de Podólogos de la Comunidad Valenciana.** Comisión de Control de Calidad. [Sitio en internet]. [Consulta 18 Mayo 2010]. Disponible en: <http://www.copocv.org/calidad.php>
43. **Comunicación de la Universidad de Sevilla.** Dirección de Comunicación. Estadísticas de consultas podológicas. Universidad de Sevilla. [Sitio en internet]. [Consulta 18 Febrero 2010]. Disponible en: <http://www.comunicación.us.es/sites/default/files/images/ciencias%20de%20la%20salud.JPG>
44. **Comunicación de la Universidad de Sevilla.** Dirección de Comunicación. Memoria de actividades del ACP. Año 2.010. Universidad de Sevilla. [Sitio en internet]. [Consulta 21 Agosto 2011]. Disponible en: [http://www.clinicapodologic.us.es/documentos/memoria\\_2.010.pdf](http://www.clinicapodologic.us.es/documentos/memoria_2.010.pdf)
45. **Consejo General de Colegios Oficiales de Podólogos.** Código Deontológico de la Podología. Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales de Podólogos; 2004.
46. **Corbacho MS, García-Mata JR y Blecua MJ.** La reclamación encubierta. Identificando problemas de calidad. Revista Calidad Asistencial. 2001; 16:29-34.
47. **Corbella A y Maturana S.** Papel del ciudadano en los servicios de Salud. Posibilidades y limitaciones. Rev. Calidad Asistencial. 2.000; 15: 357-62.
48. **Coulter A y Magee H.** The european patient of the future. Mc Graw Hill Educations. Open University Press; 2.003.
49. **Council of Europe.** Recomendation on development and implementation of quality improvement systems (QIS) in the health care and explanatory memorandum: 51. Strasbourg: Council of Europe; 1.998.

50. **CPPA (Colegio Profesional de Podólogos de Andalucía).** Estatutos del Colegio Profesional de Podólogos de Andalucía. Sevilla: CPPA; 2008.
51. **CPPA (Colegio Profesional de Podólogos de Andalucía).** Código Deontológico del Colegio Profesional de Podólogos de Andalucía. Sevilla: CPPA; 2000.
52. **Cronin JJ, Taylor SA y col.** Measuring service quality: a reexamination and extension. *J. Marketing.* 1.992; 56: 55-69.
53. **Cronin JJ, Taylor SA y col.** Servperf versus servqual. Reconciling performance-based and perceptions-minus-expectations measurement of service quality. *Journal Marketing.* 1.994; 58: 125-31.
54. **Cuñado A, Jiménez MA, Lanero B y col.** Satisfacción de los pacientes que acuden a un servicio de urgencias de un hospital. *Enfermería Científica.* 1.997; 186-187: 55-61.
55. **Cuñado-Barrio A, Lanero B, Moreno J y col.** Influencia de la reforma de las instalaciones en la satisfacción de los pacientes en un servicio de urgencias hospitalarias. *Emergencias.* 1.999; 11: 352-60.
56. **Cuxart A, Aguado H, Murillo C, Cerdà I, Vargas C y Agustí E.** La escala de la medida de la satisfacción: una aportación metodológica. Libro de ponencias y comunicaciones. XXV Congreso Sociedad Española de Calidad Asistencial. 2.007: 73-165.
57. **Del Caño G, Pérez MJ, Villar A, Sangrador LA, Oto JM y Sahuquillo S.** Accesibilidad: ¿Depende del color del cristal con que se mire? 26º Congreso de la Sociedad Española de Calidad Asistencial. Comunicación poster. Consejería de Sanidad. Junta de Castilla y León; 2.008.
58. **Delgado A.** Factores asociados a la satisfacción de los usuarios. *Cuadernos de Gestión.* 1997; 3(2): 90-101.

59. **Detrie P.** Como ganar clientes. Guía práctica de la calidad total. Madrid: Paraninfo; 1.994.
60. **Díaz de Rada V.** Análisis Factorial. En Díaz de Rada V. Técnicas de análisis multivariante para investigación social y comercial. Madrid: RA-MA; 2.002: 91-156.
61. **Díaz R.** Satisfacción del paciente: principal motor y centro de los servicios sanitarios. Revista Calidad Asistencial. 2.002; 17(1): 9-22.
62. **Díaz R.** Comparativa entre distintos sistemas de medición de calidad de servicio. EsicMarket. 2.008; 130: 57-97.
63. **Dívar JM.** Planificación sectorial de la calidad asistencial basada en indicadores consensuados: aproximación a la atención ambulatoria a la drogodependencia en Aragón [Tesis]. Zaragoza: Departamento de Anatomía Patológica, Medicina Legal y Forense y Toxicología. Universidad de Zaragoza - Instituto Universitario Avedis Donabedian. Universidad Autónoma de Barcelona; 2.009.
64. **Donabedian A.** Explorations in Quality Assessment and Monitoring. The Definition of Quality and Approaches to its Assessment. Ann Arbor Michigan: Health Administration Press; 1980.
65. **Duque EJ.** Revisión de los modelos de evaluación de la calidad de servicio. Revista Innovar. 2.005; 25(15): 64-80.
66. **Duro A y Franco AB.** Calidad asistencial percibida por pacientes intervenidos de cataratas. Libro de ponencias y comunicaciones. XXV Congreso SECA. 2007: 73-165.
67. **Ekwall A, Gerdtz M y col.** The influence of patient acuity on satisfaction with emergency care: Perspectives of family, friends and cares. Journal Clinic Nurse. 2.008; 17: 800-09.

68. **Etter J y Perneger T.** Validating a satisfaction questionnaire using multiple approaches: a case study. *Soc. Sci. Med.* 1.997; 45(6): 879-885.
69. **European Foundation for Quality Management.** European Excellence Model. Brussels. 2000. [Sitio en internet]. [Consulta 01 Junio 2011]. Disponible en <http://www.efqm.org>.
70. **Fan V, Reiber G y col.** Functional status and patient satisfaction. A comparison of ischemic heart disease, obstructive lung disease and diabetes mellitus. *Journal Gent. Inter. Med.* 2.005; 20: 452-9.
71. **Fernández M.** Validación del SERVQUAL como instrumento de medida de la calidad de servicio bancario. *Rev. Europea de Dirección y Economía de la Empresa.* 2.000; 9: 57-70.
72. **Fernández I y Durán S.** Diabetes. Cuidados compartidos entre la Atención Primaria y la Especializada. Badalona: Euromedice; 2.001
73. **Galindo J.** Técnicas de investigación en sociedad. Cultura y comunicación. Mexico: Addison Wesley Longman; 1.998.
74. **García MA, Ortega MT y García JC.** Preguntas abiertas en encuestas de satisfacción sanitaria ¿Es posible clasificar las respuestas?. *Gerencia del Servicio Aragonés de Salud*; 2.005.
75. **García B, Carmés J, Carreras M, Lale M, Pérez J y De Prado JA.** Satisfacción de los pacientes hospitalizados en el complejo hospitalario universitario de Santiago de Compostela. IV Congreso de la Sociedad Aragonesa de Calidad Asistencial. Zaragoza; 2.008.
76. **González N, Quintana JM y col.** Construcción y validación de un cuestionario de satisfacción para pacientes hospitalizados. *International Journal for Quality in Health Care.* 2.005; 17: 465-472.

77. **González N, Quintana JM y col.** Satisfacción de usuarios en hospitales. Satisfacción de los usuarios de 4 hospitales del Servicio Vasco de Salud. Gaceta Sanitaria. 2008; 22(3): 210-7.
78. **González-Valentín MA, Padín S y col.** Satisfacción del paciente con la atención de enfermería. Enfermería Clínica. 2.005; 15(3): 147-55.
79. **Granado de la orden S, Rodríguez C y col.** Diseño y validación de un cuestionario para evaluar la satisfacción de los pacientes atendidos en las consultas externas de un hospital de Madrid en 2.006. Revista Española de Salud Pública. 2007; 81: 637-645.
80. **Grau G.** Metodología para la validación de cuestionarios. Medifarm. 1.995; 5(6).
81. **Grönroos, C.** Strategic Management and Marketing in the Service Sector. Helsingfors: Swedish School of Economics and Business Administration; 1.982.
82. **Guil M.** Escala mixta Likert- Thurstone. Revista Andaluza de Ciencias Sociales. 2.006; (5): 81-96.
83. **Guix J.** Dimensionando los hechos: la encuesta (I). Revista Calidad Asistencial. 2004; 19(6): 402-6.
84. **Gutiérrez R.** La satisfacción del paciente como medida de la evaluación de la calidad. SESCAM, Toledo; 2.003
85. **Gutiérrez R y Peñalver R.** El futuro de la calidad asistencial. Manual de Calidad Asistencial. SESCAM; 2.009

86. **Hair, Anderson y col.** Análisis multivariante. 5ª Ed. Prentice Hall. Madrid; 1.999.
87. **Hall J y col.** A casual model of health status and satisfaction with medical care. Medical Care. 1.993; 31: 84-94.
88. **Hayes B.** Como medir la satisfacción del cliente. Desarrollo y utilización de cuestionarios. Barcelona: Ediciones Gestión 2.000 SA; 1.995.
89. **Hernández ME, Ochando A, Mora J, Lorenzo S y López K.** Satisfacción del paciente en una unidad de hemodiálisis: Objetivo de calidad asistencial en enfermería. Revista de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica. Madrid. 2005. 119-34.
90. **Hernández R, Fernández-Collado C y Baptista P.** Metodología de la Investigación. 4a ed. México DF: Mac Graw Hill; 2006.
91. **Hendricks AAJ, Vrielinks, MR, Smets EA y col.** Improving the assement of inpatient´s satisfaction vwith hospital care. Med Care. 2.001; 39: 270-83.
92. **Hidalgo JR.** La calidad en la provisión de la sanidad. Derechos de los pacientes como parámetro de calidad del servicio de salud. Revista Administración Sanitaria. 2.005; 3(3): 447-53.
93. **Horovitz J.** La calidad del servicio. A la conquista del cliente. Madrid: Mc Graw-Hill; 1.991.
94. **Hutchison B, Ostbye T y col.** Ontario walk-in clinic study. Patient satisfaction and quality care in walk-in clinics, family practices and emergency departments: The Ontario Walk-in Clinic study. CMAJ. 2.003; 168: 977-83.

95. **Institute of Medicine (IMO).** Committee on Quality of Health care in America. Crossing the quality chasm: a new health systems for the 21st century. Washinton DC; 2.001.
96. **Iñiguez L.** Investigación y evaluación cualitativa: bases teóricas y conceptuales. Atención Primaria. 1.999; 23: 496-502.
97. **Jackson J, Chamberlinc J, y Kroenked K.** Predictors of patient satisfaction. Soc. Sci. Med. 2.001; 52: 609-20.
98. **JCAMHCO.** Manual de acreditación de hospitales, Fundación Avedis Donabedian. Barcelona; 1.996.
99. **Johansson P, Oleni M, Frindlund B, y col.** Patient satisfaccion with nursing in context of health care: a literatura study. Scand J. Caring Sci. 2.002; 16: 337-44.
100. **Juárez JM.** Gratuidad versus equidad en la asistencia de pacientes en podología [Tesis]. Sevilla: Departamento de Enfermería. Universidad de Sevilla; 2007.
101. **Labarere J, Francois P, Anquier R y col.** Development of a French impatient satisfaction questionnaire. International Journal Quality health care. 2.001; 13: 99-108.
102. **Landis JR y Koch GG.** The measurement of observer agreement for categorical data. Biometrics. 1977; 33: 159-74.
103. **Latour J, Abraira V, Cabello JB y López J.** Métodos de investigación en cardiología clínica (IV). Las mediciones clínicas en cardiología: validez y errores de medición. Revista Española de Cardiología. 1997; 50: 117-28.

104. **Ley 2/1.998 de 15 de junio Ley de Salud de Andalucía.** BOJA nº 74, de 4 de julio de 1.998.
105. **Ley 14/1.986 de 25 de Abril General de Sanidad.** BOE núm. 102: 15207- 15224.
106. **Ley 16/2.003 de 28 de mayo de Cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.** BOE núm. 128: 20567.
107. **Lopez de Ullibarri I, Pita S y col.** Medidas de concordancia: el índice Kappa. Atención Primaria. 1.999; 6: 169-171.
108. **Lorenzo S, Paniagua F, Morón V, García J, Ortigueira JA y González JM.** ¿Qué factores determinan la satisfacción de los pacientes en un hospital?. Libro de ponencias y comunicaciones. XXV Congreso SECA. 2007: 73-165.
109. **Lorenzo S, García J, Galván C, Hernández P, Ortigueira JA y González JM.** Evaluación del grado de satisfacción de los pacientes intervenidos mediante cirugía mayor ambulatoria. Libro de ponencias y comunicaciones. XXV Congreso Sociedad Española de Calidad Asistencial. 2007: 73-165.
110. **Luque T.** Técnicas de análisis de datos en investigación de mercados. Madrid: Pirámide; 2.000.
111. **Maceiras L.** Encuesta de satisfacción de usuarios. Salud Pública. Educación Salud. 2.002; 2(1): 28-33.
112. **Macran S, Collingwood R y col.** Evaluating podiatry services: Testing a specific measure of health treatment status. Quality of live research. 2.003; 12 (2): 177-188.

113. **Maderuelo JA, Carriedo E, Serrano M y col.** Factores de insatisfacción con el sistema sanitario. Un estudio Delphi. Atención Primaria. 1.996; 31: 348-52.
114. **Mahillo R.** Evaluación de la calidad de las Historias clínicas en el Área clínica de Podología de la Universidad de Sevilla. [Tesis]. Sevilla: Departamento de Enfermería. Universidad de Sevilla; 2011.
115. **Marqués F, Saéz S y Guayta R.** Métodos y medios de promoción de la Salud. Barcelona. UOC; 2.004.
116. **Martin MC.** Diseño y validación de cuestionarios. Matronas profesión. 2.004; 17(5): 23-29.
117. **Martin MT y Recio M.** La calidad de los servicios hospitalarios públicos en un contexto de inmigración económica: una adaptación de la escala Servqual. Grupo de investigación “Nuevas tendencias en Gestión hospitalaria pública”. Universidad de Almería; 2.001
118. **Más A.** Elaboración y validación de una encuesta de calidad percibida en pacientes hospitalizados. Revista Calidad Asistencial. 2.001; 16: 501-10.
119. **Más A, Parra P, Gomis R y col.** Calidad percibida por los usuarios de las consultas externas de los hospitales del Servicio Murciano de Salud. 26º Congreso de la Sociedad Española de Calidad Asistencial. Zaragoza; 2.008.
120. **Mejías M, Velázquez L, Córdoba A, Montaña P y Ramos J.** Nivel de conocimiento sobre la figura del podólogo. Revista Española de Podología. 1.998; 8(2): 47-53.

121. **Merkovris A, Lanara V y col.** Patient satisfaction: a key concept for evaluating and improving nursing services. *Journal of Nursing Management*. 1.999; 7: 19-28.
122. **Michavila V y Zamorano S.** Panorama de los sistemas de garantía de calidad en Europa: una visión trasnacional de la acreditación. Disponible en: [www.revistaeducacion.mec.es/re2008/re2008\\_10.pdf](http://www.revistaeducacion.mec.es/re2008/re2008_10.pdf)
123. **Ministerio de Administraciones Públicas.** Proyecto de Calidad Percibida. Guía rápida para la Orientación en la realización de estudios de análisis de la demanda y de encuestas de satisfacción. 2.006. Disponible en: [www.mpt.es/.../centro.../Anexo\\_II\\_Guia\\_rapida\\_demanda\\_y.pdf](http://www.mpt.es/.../centro.../Anexo_II_Guia_rapida_demanda_y.pdf)
124. **Ministerio de Sanidad y Consumo.** Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud; 2.006.
125. **Mira JJ, Buil JA, Rodríguez J y col.** Calidad percibida del cuidado hospitalario. *Gaceta sanitaria*. 1.997; 11(4): 176-189.
126. **Mira JJ, Rodríguez J, Peset R y col.** Causas de satisfacción y de insatisfacción de los pacientes en hospitales y atención primaria. *Revista Calidad Asistencial*. 2.002; 17: 273-83.
127. **Mira J.J., Aranaz J, Lorenzo S, Rodríguez-Martín J y col.** Evolución de la Calidad Percibida por los pacientes en dos hospitales públicos. *Revista Psicothema*. 2.001; 13(4): 581-585.
128. **Mira JJ, Buil JA, Aranaz J y col.** ¿Qué opinan los pacientes de los hospitales públicos?: Análisis de los niveles de calidad percibida en cinco hospitales. *Gaceta sanitaria*. 2.000; 14: 291-3.
129. **Mira JJ, Rodríguez J y col.** Semejanzas y diferencias entre satisfacción y calidad percibida. *Revista Calidad Asistencial*. 2.000; 15: 36-42.

130. **Mira JJ, Aranaz JM y Buil JA.** SERVQHOS: un cuestionario para evaluar la calidad percibida de la asistencia hospitalaria. *Medicina Preventiva*. 1.998; (4): 12-18.
131. **Moina I, Ugarte I, González O, Ortiz R y col.** Encuesta de satisfacción en pacientes en Diálisis. 26º Congreso de la Sociedad Española de Calidad Asistencial. Zaragoza; 2.008.
132. **Moliner MA y col.** La calidad percibida del servicio de un centro de planificación familiar: un enfoque de marketing. *Atención Primaria*. 1.996; 17: 400-6.
133. **Mompart MP y Durán M.** Administración y Gestión. DAE. Paradigma. Madrid; 2.001.
134. **Monteagudo O, Navarro C, Alonso P y Casas R.** Aplicación hospitalaria del SERVQHOS: factores asociados a la satisfacción e insatisfacción. *Revista Calidad Asistencial*. 2.003; 18: 263-27.
135. **Morales P.** Medición de actitudes en psicología y educación: construcción de escalas y problemas metodológicos. Madrid. Universidad Pontificia de Comillas. 2.000: 43.
136. **Morales JM, Celdran M y col.** Diseño y validación de instrumento de evaluación de la satisfacción con los servicios de atención domiciliaria: SATISFAD. *Gaceta Sanitaria*. 2.007; 21(2): 106-13.
137. **Murillo C, Aguado H, Vargas C, Cerdà I y Artigas M.** ¿Las personas de mayor edad tienen percepciones diferentes de la satisfacción en el uso de los servicios públicos de salud?. Libro de ponencias y comunicaciones. XXV Congreso de la Sociedad Española de Calidad Asistencial. 2007: 73-165.

138. **Navarro JL.** Eficiencia y calidad, ¿estrategias alternativas o complementarias?, XXIII Jornadas AES, Cádiz; 2.003.
139. **Navarro MD y Jovell AJ.** Investigación cualitativa. En Jovell AJ, Aymerich M. Evidencia científica y toma de decisiones en sanidad. Capítulo 15. Monografies Mèdiques de l'Academia de Ciències Mèdiques de Catalunya i de Balears. Barcelona; 1.999.
140. **NHS. National Health Service.** A first class service quality in the new NHS. London. Departament of Health; 1.998.
141. **Novel i Martí V, Fernández JM y Meseguer JR.** Manual de marketing para consulta de podología. 2.009. Nexus Medical Editores. ISBN: 978-84-925668-07-9.
142. **Organización Mundial de la Salud.** “Salud para Todos en el siglo XXI. Programa Región Europea”. Madrid: Ministerio de Sanidad y consumo; 1.998.
143. **Organización Mundial de la Salud.** Glosario de Promoción de la Salud. Ginebra: OMS; 1.998.
144. **Ortiga B, Salazar A y col.** Reclamaciones en un servicio de urgencias: estudio de trece años en un hospital universitario. Revista Calidad Asistencial. 2.006; 21(1): 25-30.
145. **Oscar A, Colmenares D y col.** Aproximación teórica de los modelos conceptuales de la calidad de servicio. Revista Técnica administrativa. 2.007; (6): 32.
146. **Otani K, Kurz R y Harris L.** Managing Primary care using patient satisfaction measures. Journal of Healthcare management. 2.005; 50(5): 311-24.

147. **Oteo LA, Rodríguez MP, Lázaro P y Peiró S.** Gestión Clínica: Desarrollos e Instrumentos. Manuales de Dirección Médica y Gestión Clínica. Madrid: Díaz de Santos S.A.; 2006.
148. **Palmer RH.** Evaluación de la asistencia ambulatoria: principios y prácticas. Madrid. Ministerio de Sanidad y Consumo; 1.990.
149. **Parasuraman A, Berry LL y col.** Refinement and reassessment of the SERVQUAL scale. Journal Retailing. 1.991; 67: 420-450.
150. **Parasuraman A, Zeithaml VA y Berry LL.** SERVQUAL: a multiple-item scale for measuring consumer perceptions of service quality. Journal Retailing. 1.988; 64: 12-40.
151. **Peiró S.** Comparación de resultados en atención de salud. En Pablo Lázaro e Ignacio Martín. Evaluación de la calidad de la asistencia sanitaria. Curso UIMP. Santander: UIMP; 1997.
152. **Peiró S.** Los mejores hospitales. Entre la necesidad de información comparativa y la confusión. Rev Calidad Asistencial. 2001; 16(2): 119-30.
153. **Polit D y Hungler B.** Investigación científica en Ciencias de la Salud. México: McGraw-Hill; 5ª ed.; 2.000.
154. **Prieto MA, Gil E y col.** La perspectiva de las cuidadoras informales sobre la atención domiciliaria. Un estudio cualitativo con ayuda de un programa informático. Revista Española de Salud Pública. 2.002; 76: 613-625.
155. **Pujiula-Masó J, Suñer-Soler R, Puigdemont-Guinart M, Grau-Martín A, Bertran-Noguer C, Hortal-Gasull G y col.** La satisfacción de los pacientes hospitalizados como indicador de la calidad asistencial. Enfermería Clínica. 2.006; 16: 19-26.

156. **Quinn G, Jacobsen P, Albretch T, Bell-ellison B, Newman N y col.** Real-time patient satisfaction survey and improvement process. *Hospital Topics*. 2.004; 82(3): 26-32.
157. **RAE.** Real Academia Española de la Lengua. Diccionario de la lengua española. 22 ed. Madrid: Espasa-Calpe; 2001.
158. **Ramos J.** Detección precoz y confirmación diagnóstica de alteraciones podológicas en población escolar [Tesis]. Sevilla: Departamento de Podología. Universidad de Sevilla; 2007.
159. **Ramos J, Mejías M, Fernández JM y col.** Historia Clínica podológica. *Salud del Pie: Revista Andaluza de Podología*. 1.997; 22: 9-13.
160. **Ramos J, Martínez-Tur V y Peiró JM.** Calidad de servicio y satisfacción del cliente. Valencia: Síntesis; 2.001.
161. **Ramsaran- Fowder RR.** Identififym health care quality attributes. *JHSA*. 2.005: 428-43.
162. **Redondo S, Bolaños E, Almaraz A y col.** Percepciones y expectativas sobre la Atención Primaria de salud: una nueva forma de identificar mejoras en el sistema. *Atención Primaria*. 2.005; 36(7): 358-66.
163. **Reeves, CA y Bednar CA.** Defining quality: alternatives and implications. *Academy of Management Review*. 1994; 19: 419-445.
164. **Rivas G, Delgado MC, Santaolaya M y Sáez MT.** Mejoras en la atención a los pacientes del Hospital de Día infantil del Hospital Universitario La Paz a partir de la encuesta de satisfacción de 2.007. 26º Congreso de la Sociedad Española de Calidad Asistencial. Zaragoza; 2.008

165. **Rodríguez-Porrero C.** Experiencias en la intervención con el entorno facilitador de la autonomía personal. *Intervención Psicosocial*. 2.007; 2(16): 261-268.
166. **Ruiz P.** La medición de la calidad asistencial. *Revista Clínica Española*. 2.001; 201: 561-2.
167. **Sánchez F.** *Psicología Social*. Mc Graw Hill. Madrid;1.998.
168. **Sánchez R y Echeverry J.** Validación de escalas de medición en salud. *Revista Salud Pública*. 2.004; 6(3): 302-18.
169. **Sánchez R y Gómez C.** Conceptos básicos sobre validación de escalas. *Revist. Col. Psiquiatría*. 1.998; 26(2): 121-30.
170. **Sánchez J, Vidal E, Amigo J y col.** Grado de satisfacción del cliente externo en una consulta de recepción acogida y clasificación de pacientes. 26º Congreso de la Sociedad Española de Calidad Asistencial. Zaragoza; 2.008
171. **Santiñá M, Prat A, González M, Trilla A y Asenjo MA.** Calidad percibida y sexo de los pacientes atendidos en un hospital universitario. *Revista Calidad Asistencial*. 2.002; 17: 218-223.
172. **Saturno PJ.** Evaluación y mejora de la calidad en servicios de salud. *Conceptos y métodos*. Murcia. Consejería de Sanidad y Consumo; 2.000.
173. **Saturno PJ.** Calidad en Atención Primaria de salud: búsqueda y análisis de criterios consensuados de evaluación. [Tesis Doctoral] Murcia. Universidad de Murcia. Facultad de Medicina; 1.997.
174. **SESPAS 2.000 informe: La salud pública ante los desafíos de un nuevo siglo.** [Sitio en internet]. [Consulta 11 Octubre 2010]. Disponible en: [http: www.sespa.es/informe2000](http://www.sespa.es/informe2000).

175. **Shilling V, Jenkins V y Fallowfield L.** Factors affecting patient and clinician satisfaction with the clinical consultation: can communication skills training for clinicians improve satisfaction?. *Psicho- Oncology*. 2.003; 12: 599-611.
176. **Sijtsma K.** On the use, the misuse and the very limited use fulness of cronbach´s alpha. *Psichometrika*. 2.009; 74: 252-257.
177. **Sitzia J.** How valid and reliable are patient satisfaction data? An analysis of 195 studies. *International Journal Qual. Health Care*. 1.999; 11: 319-28.
178. **Solas O y Silio F.** Los retos directivos ante la gestión de la efectividad. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública; 2.001.
179. **Speight J.** Assessing patient satisfaction: Concepts, Applications and measurement. *Value In Health*. 2.005; 8(1): 56-8.
180. **Starfield B, Cassady C, Nanda J, Forrest C y Berk R.** Consumer experiences and provider perceptions of the quality of primary care: Implications for managed care. *Journal Family Practice*. 1998; 46(3): 216-26.
181. **Streiner DL y Norman GR.** Health measurement scales: A practical guide to their development and use. 2ª ed. Gran Bretaña: Oxford University Press; 2.003.
182. **Tamayo PA y Juez P.** Técnicas de evaluación económica en sanidad: análisis coste- efectividad y coste-utilidad. Máster en gestión de servicios de Enfermería. Programa modular. UNED. Ed.; 2.009-2.011.
183. **Thi PL, Briançon S, Empereur F y col.** Factors determining impatient satisfaction with care. *Soc. Sci. Med*. 2.002; 54: 493-504.

184. **Thiedke CC.** What do we really know about patient satisfaction?.  
Family Practice Management. 2.007; 1: 34-6.
185. **Thompson A y Suñol R.** Las expectativas como factores en la  
satisfacción de los pacientes: conceptos, teorías y pruebas. Rev Calidad  
Asistencial. 1.996; 74-86.
186. **Under L.** Patient satisfaction measurement: current issues and  
implications. Outcomes Management. 2.002; 6(3): 125-131.
187. **Varo J.** Gestión estratégica de la calidad en los servicios sanitarios.  
Madrid: Díaz de Santos; 1.994.
188. **Varo J.** La calidad de la atención médica. Med Clin Barcelona. 1.995;  
104: 538-40.
189. **Villegas M, Rosa IM y col.** La calidad asistencial: concepto y medida.  
Dirección y organización. 2.003, (29): 50-8.
190. **World Health Organization.** The world health report 2.000- Health  
systems: improving performance. Geneva: WHO; 2.000.
191. **Wright SM, Craig T y col.** Patient satisfaction of female and male users  
of veterans health administration services. Journal Gent. Intern. Med. 2.006; 21:  
26-32.
192. **Wrosch C y Scheier MF.** Personality and quality of life: the importance  
of optimism and goal adjustment. Quality Life Res. 2.003; 12(supl 1): 59-72.
193. **Yellen E, Davis G, Ricard R y col.** The measurement of patient  
satisfacction. Journal Nurs. Care Quality. 2.002; 16(4): 23-9.

## Anexo I

### CUESTIONARIO SOBRE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN EL ÁREA CLÍNICA DE PODOLOGÍA

Basándose en su experiencia en el centro, señale si *la calidad de la asistencia sanitaria* que se le ha proporcionado en el Área Clínica Podológica (ACP) de la Universidad de Sevilla, ha sido como usted esperaba. Este cuestionario es **VOLUNTARIO Y ANÓNIMO**. Gracias por su colaboración.

Ponga una “X” si cree, por ejemplo, que ha sido:

-MUY MALA	-MALA	-REGULAR	-BUENA	-MUY BUENA
1	2	3	4	5

1-	La facilidad de los trámites que tuvo que hacer en la ventanilla de Admisión han sido:	1	2	3	4	5
2-	La facilidad de los trámites que ha tenido que hacer para volver a pedir cita han sido:	1	2	3	4	5
3-	La facilidad de acceso para llegar al centro (horario, aparcamiento, transporte público) ha sido:	1	2	3	4	5
4-	Las adaptaciones para discapacitados en el acceso al centro han sido:	1	2	3	4	5
5-	El tiempo transcurrido desde que pidió la cita hasta la consulta ha sido:	1	2	3	4	5
6-	El tiempo de espera para ser atendido ha sido:	1	2	3	4	5
7-	El horario de las citas ha sido:	1	2	3	4	5
8-	El trato recibido por parte del personal ha sido:	1	2	3	4	5
9-	La amabilidad y cortesía del personal que le ha atendido ha sido:	1	2	3	4	5
10-	El nivel de seguimiento personalizado de su caso ha sido:	1	2	3	4	5
11-	El nivel de satisfacción de los servicios ofrecidos en el centro en relación con los precios han sido:	1	2	3	4	5
12-	La disponibilidad de información escrita (folletos, dípticos) en el centro ha sido:	1	2	3	4	5
13-	La información sobre su problema de salud que el personal del centro le ha proporcionado a usted ha sido suficiente:	1	2	3	4	5
14-	La información sobre su proceso de salud facilitada a sus familiares y/o acompañantes ha sido suficiente:	1	2	3	4	5
15-	La claridad con que le explicaron el tratamiento y pautas ha sido:	1	2	3	4	5
16-	El interés del personal por solucionar el problema de salud del paciente ha sido:	1	2	3	4	5
17-	La confianza y seguridad que el personal le atiende le ha transmitido a los pacientes ha sido:	1	2	3	4	5
18-	El cuidado de su intimidad durante la consulta y exploración ha sido:	1	2	3	4	5

19-	Su opinión sobre el tratamiento propuesto ha sido:	1	2	3	4	5
20-	El estado físico del centro (sala de exploración, gabinetes) ha sido:	1	2	3	4	5
21-	La comodidad de la sala de espera ha sido:	1	2	3	4	5
22-	La Tecnología de los equipos ( modernos y suficientes) para el diagnostico y tratamiento ha sido:	1	2	3	4	5
23-	Las indicaciones (señalizaciones) para orientarse y saber dónde ir en el centro han sido:	1	2	3	4	5
24-	¿Sabría identificar a las personas que le han atendido, profesor, estudiante, personal auxiliar, etc...?:	1	2	3	4	5

-Indique su nivel de **satisfacción global con la atención recibida** en el Área Clínica Podológica:

Muy satisfecho                       Satisfecho                       Regularmente satisfecho

Poco satisfecho                       Nada satisfecho

**-Recomendaría** este centro ( Área Clínica Podológica) a otras personas:

-Sin dudarlo                       -Tengo dudas                       -**No** lo recomendaría.

¿Conoce el nombre del **Profesor/a** que le atendía?                      -SI                      -NO

¿Conoce el nombre del **estudiante** que le atendía?                      -SI                      -NO

**-Edad:**                       **-Sexo:**                      -Varón                       -Mujer

**-Nivel de Estudios :**

-Sin estudios.                       -Estudios Primarios o secundarios                       -Estudios Universitarios.

**-Actualmente está:**

-Jubilado/ Pensionista.                       -En paro.                       -Trabajo en casa

- Estudiante.                       -Trabajando/ Activo.

**-Localidad de residencia:**

-Sevilla capital.                       -Provincia de Sevilla.                       -Otros.

## Anexo II

### **AUTORIZACIÓN DEL COMITÉ ÉTICO DE EXPERIMENTACIÓN DE LA UNIVERSIDAD DE SEVILLA**

## **PRODUCCIÓN CIENTÍFICA RELACIONADA CON LA TESIS**

1. Comunicación : “*Calidad en Podología. Diseño del cuestionario y evaluación de la percepción de calidad asistencial en el Área Clínica Podológica de la Sevilla*”. Presentada en el **42º CONGRESO NACIONAL DE PODOLOGÍA**, celebrado en Valencia, Octubre de 2.011.
  
2. Ponencia: “*Cuestionario de calidad asistencial en Podología. Diseño y validación*”. Presentado en las **XV JORNADAS ANDALUZAS DE PODOLOGÍA y I ENCUENTRO INTERNACIONAL DE PODOLOGÍA CLÍNICA**, celebradas en Cádiz, Noviembre de 2.011.