

# ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS DE LOS SERVICIOS DE ASISTENCIA SANITARIA PÚBLICA DE LA COMUNIDAD DE MADRID 2016: Informe metodológico

Dirección General de Coordinación de la Atención al Ciudadano  
y Humanización de la Asistencia Sanitaria  
CONSEJERÍA DE SANIDAD



# ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS DE LOS SERVICIOS DE ASISTENCIA SANITARIA PÚBLICA DE LA COMUNIDAD DE MADRID 2016: Informe metodológico



© Comunidad de Madrid  
Edita: D.G. Coordinación de la Atención al Ciudadano  
y Humanización de la Asistencia Sanitaria.  
Consejería de Sanidad  
Soporte: Archivo electrónico  
Año de edición: Mayo 2017  
Publicado en España - *Published in Spain*

## **1.- OBJETIVO GENERAL**

Evaluar la opinión y el grado de satisfacción de los usuarios de los servicios sanitarios públicos de la Comunidad de Madrid, en los ámbitos de atención primaria y hospitalizada.

## **2.- ÁMBITO GEOGRÁFICO**

El estudio abarca la totalidad de la Comunidad de Madrid.

## **3.- UNIVERSO**

Población de ambos sexos y todas las edades, atendida en el año 2016 en los centros sanitarios públicos del Servicio Madrileño de Salud.

En Atención Primaria, comprende la atención en los centros de salud en la consulta del médico de familia, pediatra y/o enfermería.

En Atención Especializada, comprende cuatro tipos distintos de asistencia en los hospitales, como son las consultas externas hospitalarias, las urgencias hospitalarias, la hospitalización y la cirugía ambulatoria.

## **4.- UNIDADES DE ANÁLISIS**

Este año se han analizado:

o En Atención Primaria:

- 262 centros de salud, pertenecientes a las 7 Direcciones Asistenciales de Atención Primaria.

o En Atención Especializada, de acuerdo a los tipos de asistencia que se presta en cada hospital, se han analizado:

- Consultas externas hospitalarias en 29 hospitales
- Urgencias hospitalarias en 27 hospitales
- Hospitalización en 34 hospitales
- Cirugía ambulatoria en 29 hospitales

## 5.- DISEÑO MUESTRAL

### 5.1.- ATENCIÓN PRIMARIA

Se ha realizado un muestreo aleatorio estratificado; siendo la variable de estratificación cada uno de los 262 centros de salud de atención primaria de la Comunidad de Madrid:

Para garantizar la representatividad poblacional del perfil de usuario, dentro de cada uno de los centros de salud se han establecido cuotas para la variable edad, empleando para su cálculo la estructura poblacional de pacientes en cada uno de los centros de salud que formaban el universo de referencia.

Los usuarios de cada centro de salud se han seleccionado aleatoriamente entre los pacientes que acudieron a la consulta de medicina de familia, pediatría o enfermería durante la semana del 19 al 23 de septiembre de 2016.

El tamaño de la muestra por centro de salud ha sido de 101 encuestas, con lo cual el tamaño global de la muestra es de 26.462 encuestas en Atención Primaria.

Para este tamaño muestral el error de muestreo es de  $\pm 0,60\%$  para los datos globales, calculado para una situación de máxima incertidumbre ( $p=q=0,5$ ) y con un nivel de confianza del 95% y a nivel individual, para los centros de salud, supone un error muestral de  $\pm 9,75\%$ .

En la siguiente tabla se observa la distribución de este tamaño muestral global y el número de encuestas por Dirección Asistencial:

Dirección Asistencial	Nº de centros	Nº de encuestas	Error Muestral
Centro	49	4.949	+/- 1,39%
Este	38	3.838	+/- 1,58%
Noroeste	40	4.040	+/- 1,54%
Norte	35	3.535	+/- 1,65%
Oeste	30	3.030	+/- 1,78%
Sur	31	3.131	+/- 1,75%
Sureste	39	3.939	+/- 1,56%
<b>Total</b>	<b>262</b>	<b>26.462</b>	<b>+/- 0,60%</b>

## 5.2.- ATENCIÓN ESPECIALIZADA

Se ha utilizado un muestreo aleatorio estratificado; siendo la variable de estratificación de primer orden cada uno de los tipos de asistencia (segmentos) de atención especializada y dentro de cada uno de ellos, la unidad de análisis, el hospital donde se ha llevado a cabo la asistencia.

En función del tipo de atención, varía el número de gerencias de hospitales integradas dentro de la muestra, desde 27 en urgencias a 34 en el caso de hospitalización.

Los usuarios se han seleccionado aleatoriamente entre los pacientes que han recibido asistencia en los periodos establecidos para cada área.

Estos periodos han sido:

- Cirugía ambulatoria: usuarios de los servicios de cirugía ambulatoria atendidos durante julio a septiembre de 2016, ampliando este periodo al mes de octubre en los hospitales con un bajo volumen de actividad para alcanzar la muestra prevista.
- Consultas externas hospitalarias: usuarios de las consultas externas de atención especializada atendidos durante la semana del 5 al 9 de septiembre de 2016.
- Urgencias hospitalarias: usuarios de los servicios de urgencias hospitalarias atendidos durante la semana del 5 al 11 de septiembre de 2016.
- Hospitalización: usuarios con ingreso hospitalario que fueron dados de alta en los hospitales durante el mes de septiembre de 2016. Sin embargo, en centros hospitalarios con un bajo volumen de altas, para alcanzar la muestra prevista ha sido necesario ampliar la fecha de corte. Así, en los hospitales de El Escorial y el Tajo, el periodo de estudio ha sido de julio a septiembre 2016. En el hospital de apoyo Santa Cristina el periodo se amplió a octubre 2016. En los hospitales de media estancia y psiquiatría, el periodo ha sido de enero a octubre de 2016, ampliándose incluso a noviembre en los casos de La Poveda y La Fuenfría.

Para la obtención de resultados estadísticamente significativos en cada uno de los tipos de asistencia (unidades de análisis) y dentro de ellas, en cada uno de los centros hospitalarios, se fija un tamaño muestral para cada una de estas unidades con el objeto de lograr que todos los estratos y cuotas muestrales tengan la relevancia suficiente.

El tamaño de la muestra fijado en cada segmento de hospital ha sido de 161 encuestas como mínimo. En el caso de Consultas Externas se realizaron a 162 en los hospitales G. Marañón y Villalba.

En el segmento de hospitalización, dado el bajo nivel de actividad de los centros de La Poveda y La Fuenfría, en ellos se alcanzó una muestra de 153 y 158 entrevistas respectivamente. Para completar la muestra total prevista para el segmento, se amplió la muestra en el resto de centros, estableciendo para todos ellos 163

entrevistas completando un total de 5.527 entrevistas.

En total, el tamaño muestral global en atención especializada ha sido de 19.214 encuestas.

Para este tamaño muestral el error de muestreo es de  $\pm 0,71\%$  para los datos globales, calculado para una situación de máxima incertidumbre ( $p=q=0,5$ ) y con un nivel de confianza del 95% y a nivel individual, para los hospitales, en cada segmento, supone un error muestral de  $\pm 7,61\%$ .

En la siguiente tabla se observa la distribución de este tamaño muestral global para cada uno de los tipos de asistencia prestada:

Segmentos	Encuestas por centro	Nº de centros	Nº de encuestas	Error Muestral por centro	Error Muestral por Segmento
Consultas Externas	161 <sup>1</sup>	29	4.671	+/-7,61%	+/-1,43%
Urgencias Hospitalarias	161	27	4.347	+/-7,61%	+/- 1,49%
Cirugía Ambulatoria	161	29	4.669	+/-7,61%	+/- 1,43%
Hospitalización	161 <sup>2</sup>	34	5.527	+/-7,61%	+/-1,32%

<sup>1</sup> 162 en G. Marañón y H. de Villalba

<sup>2</sup> 153 y 158 en La Poveda y la Fuenfría respectivamente; 163 en el resto de hospitales

## 6.- TÉCNICA DE RECOGIDA DE LA INFORMACIÓN

En la recogida de información, tanto para las encuestas de Atención Primaria como para las de Atención Especializada se ha empleado la misma metodología de trabajo; la encuesta telefónica, a través del sistema CATI (*Computer Assisted Telephone Interviewing*) a partir de las bases de datos de usuarios de cada servicio previamente depuradas.

Esta metodología consiste en un sistema integrado que incluye desde el muestreo de números telefónicos procedentes de la base de datos, hasta el marcado centralizado y la asignación de la entrevista a una cabina de trabajo libre con la presentación en pantalla del cuestionario para su aplicación. La incorporación de controles automáticos y criterios de verificación ayudan al personal encuestador en la realización de las entrevistas, a la vez que facilitan la depuración y control de calidad instantánea de los cuestionarios.

## **7.- CUESTIONARIOS EMPLEADOS EN LA INVESTIGACIÓN**

Se han utilizado cinco modelos de cuestionarios: uno para atención primaria y cuatro para cada uno de los segmentos de hospitales.

En el desarrollo de los cuestionarios se ha partido de los modelos utilizados en años anteriores, a los que se han incorporado algunas modificaciones para esta edición 2016 y se ha realizado un pretest telefónico de los mismos.

El tamaño de los cuestionarios oscila entre 28-62 preguntas, incluidas las variables de clasificación. Todos los cuestionarios contienen al final una pregunta abierta en la que se pregunta de manera espontánea a los usuarios entrevistados sobre el aspecto que mejorarían en el servicio que han utilizado.

El contenido de los cuestionarios se estructura por dimensiones relacionadas, según el segmento, en los siguientes aspectos: accesibilidad del centro, estructura e instalaciones, obtención de cita y tiempos de espera, profesionales sanitarios, información recibida, seguridad del paciente, satisfacción global y recomendación del servicio, entre otros.

Este año se ha incluido como nueva pregunta la valoración de la satisfacción con su participación en las decisiones sobre el cuidado y el tratamiento de su problema de salud, en todos los segmentos excepto en urgencias, por las características del servicio prestado. También se ha incluido otra pregunta sobre la satisfacción global con la información recibida, que complementa las preguntas de información específicas ya incluidas en otras ediciones. Y en el caso de urgencias, se incluye una pregunta sobre la satisfacción con el tratamiento del dolor, en caso de presentarlo, que otros segmentos ya recogían en años anteriores.

## **8.- TRABAJO DE CAMPO**

Previo al comienzo del trabajo de campo se realizó un pretest de los distintos cuestionarios, con un mínimo de 30 entrevistas, para valorar la comprensión del cuestionario, detectar problemas que puedan surgir en el transcurso del mismo y realizar los ajustes necesarios.

El trabajo de campo para la recogida de información en Atención Primaria se desarrolló entre el 30 de septiembre y el 7 de diciembre de 2016.

En cuanto a la realización de las encuestas en atención especializada, el trabajo de campo se llevó a cabo en las siguientes fechas:

- Consultas externas: del 15 al 26 de septiembre de 2016
- Urgencias hospitalarias: del 22 al 29 de septiembre de 2016
- Cirugía ambulatoria: del 17 de octubre al 7 de noviembre de 2016
- Hospitalización: del 7 de noviembre al 5 de diciembre de 2016

## 9.- EXPLOTACIÓN ESTADÍSTICA DE LA INFORMACIÓN

Se realiza una explotación estadística específica por cada segmento, efectuándose una tabulación de todas las preguntas de cada cuestionario utilizado, que se cruzaron con las variables de segmentación definidas previamente, con el objeto de conocer la valoración relativa de cada uno de los atributos planteados, en función de distintos perfiles de usuarios o de las características de los servicios asistenciales.

El análisis descriptivo incluye las frecuencias relativas de todas las preguntas de los cuestionarios, así como los estadísticos de tendencia central más relevantes (media y moda) en las preguntas en que sea pertinente. Estos resultados se obtienen en forma de tablas de contingencia cruzadas por las variables de perfil de usuario (género, edad, nacionalidad) y de organización del servicio (centro, hospital, grupo de hospitales, dirección asistencial).

Dado que en el diseño muestral se ha fijado un número de encuestas homogéneo en cada hospital/centro de salud, para el cálculo de los resultados se ha utilizado una ponderación para que cada centro tenga el peso que le corresponde en el conjunto de la asistencia sanitaria de la Comunidad de Madrid, de acuerdo a los siguientes criterios:

- En Atención Primaria, la ponderación se realiza según el número de tarjetas sanitarias de cada centro de salud en el periodo de referencia.
- En Atención Especializada, la ponderación se realiza en función de la actividad asistencial del hospital en los 12 meses anteriores, para que los hospitales con mayor actividad tengan un mayor peso frente a los que tienen menos.

Los resultados procedentes de las preguntas de escalas de valoración del servicio se presentan, de acuerdo a la escala Likert de 5 posiciones utilizada en el cuestionario, de forma agrupada según el criterio utilizado en años anteriores: Muy Satisfecho + Satisfecho, Ni satisfecho-Ni insatisfecho, Muy insatisfecho + Insatisfecho y No sabe/No contesta.

Para un primer análisis descriptivo de los resultados en 2016, este se realiza considerando la totalidad de respuestas obtenidas, mostrando los resultados de forma gráfica y tabular. En el caso de las preguntas abiertas se lleva a cabo un análisis cualitativo de las respuestas obtenidas, agrupándolas en categorías homogéneas.

En el análisis comparativo y evolutivo se tienen en cuenta únicamente a aquellas personas que emitieron una valoración; es decir; se eliminan los casos no sabe/no contesta. Esto permite efectuar una comparación de datos entre los distintos años de estudio, puesto que se eliminan los posibles sesgos derivados de la ausencia de respuesta.



Para el trabajo interno de mejora de los centros, se efectúan análisis estadísticos bivariantes que permiten establecer una comparación de los resultados individuales de cada uno de los centros de salud/hospitales con los resultados obtenidos a nivel global, así como con grupos de referencia agregados, como son las direcciones asistenciales en atención primaria y grupos de hospitales según complejidad en especializada. También, se realiza un análisis evolutivo de los resultados de cada una de las preguntas del año en estudio con las correspondientes del año anterior.

Además, se han realizado diversos análisis multivariantes complementarios en cada segmento. En primer lugar se lleva a cabo un análisis de correlación entre grupos de variables de distintas dimensiones o procesos, como por ejemplo, estructura, información o atención médica, para identificar aquellas variables que estén muy correlacionadas entre sí.

En una segunda fase se lleva a cabo un análisis de regresión lineal múltiple, para identificar las variables de la encuesta con una mayor influencia e impacto sobre la satisfacción global de la atención recibida en los diferentes ámbitos asistenciales. Se excluyen del análisis aquellas variables altamente correlacionadas, lo que permite trabajar con un modelo más eficiente de cara a la identificación de prioridades de actuación.

Además, combinando el valor del impacto de las variables en la satisfacción global con el resultado de las mismas, se elabora la matriz de actuación estratégica, en la que se identifican las áreas de actuación prioritaria para mejorar la satisfacción global en cada uno de los distintos servicios ofrecidos.

Por último, el análisis se complementa con la realización de un análisis factorial con las distintas variables de servicio evaluadas para identificar factores, en los que se agrupan de forma homogénea, e identificar su peso o impacto sobre la satisfacción global.

Informe de la metodología del estudio de evaluación de la satisfacción de los usuarios  
de los servicios de asistencia sanitaria pública de la Comunidad de Madrid  
correspondiente al año 2016.



**Dirección General de Coordinación de la  
Atención al Ciudadano y Humanización  
de la Asistencia Sanitaria**

**CONSEJERÍA DE SANIDAD**