



FACULTAD DE MEDICINA

UNIVERSIDAD MIGUEL HERNÁNDEZ

TRABAJO FIN DE MÁSTER

Determinantes de una asistencia sanitaria satisfactoria en el paciente cardiópata en diferentes escenarios asistenciales.

Alumno: José Carlos López Clemente

Residente de Cardiología Hospital Universitario Santa Lucía, Cartagena

Tutor: Juan Miguel Ruiz Nodar

Cotutor: Luciano Consuegra Sánchez

Curso: 2018/2019

RESUMEN – PALABRAS CLAVE

Se trata de determinar, mediante la aplicación de nuevos métodos y cuestionarios, cuales son los determinantes de la satisfacción de nuestros pacientes en cardiología respecto a la asistencia recibida, y estudiar las diferencias de estos en diferentes escenarios asistenciales. Partimos de un incipiente cambio de paradigma de la atención sanitaria en el que el paciente pasa a adquirir un importante protagonismo, tomando poder sobre su salud y dejando de ser un mero receptor de servicios. En este contexto, se hace importante conocer la satisfacción del paciente con la asistencia recibida como determinante de la calidad asistencial y por su potencial impacto sobre su salud.

Existe una importante carestía de herramientas adecuadas para medir la satisfacción, y la carencia de las mismas es consecuencia directa de la ausencia de una comprensión adecuada de lo que esta significa, así como de los elementos que la determinan.

El trabajo planteado no pretende medir la satisfacción del paciente con herramientas habituales, si no incorporar y adaptar novedosos procedimientos que permitan dar un paso atrás e identificar y conocer desde el punto de vista del paciente cuales son sus determinantes. Se tratará posteriormente de medirla, intervenir sobre ella y valorar el impacto de las medidas sobre la satisfacción y el impacto de la mejora de esta sobre la salud del paciente.

En este sentido incorporaremos métodos de la psicología y del marketing, utilizados en otros sectores, pero novedosos en este campo.

Palabras clave: Satisfacción, Determinantes, Calidad, Cardiología, Psicología, Marketing

ABSTRACT – KEY WORDS

The objective of this work is to determine, through the application of new methods and questionnaires, which are the determinants of the satisfaction of our patients in cardiology with respect to the assistance received, and to study the differences of these in different healthcare stages. We start with an incipient change of paradigm of health care in which the patient becomes an important actor, taking power over his health and ceasing to be a mere recipient of services. In this context, it is important to know the patient's satisfaction with the assistance received as a determinant of the quality of care and because of its potential impact on their health.

There is a significant shortage of adequate tools to measure satisfaction, and the lack thereof is a direct consequence of the absence of an adequate understanding of what it means, as well as of the elements that determine it. The proposed work is not intended to measure patient satisfaction with usual tools, but to incorporate and adapt novel procedures that allow a step back and identify and know from the patient's point of view what are the determinants of this. Afterwards, we will try to measure it, intervene on it and evaluate the impact of the measures on satisfaction and the impact of improving it on the patient's health.

In this sense we will incorporate methods of psychology and marketing, used in other sectors, but new in this field.

Keywords: Satisfaction, Determinants, Quality, Cardiology, Psychology, Marketing

INDICE

◇ Aspectos preliminares:

○ Resumen – Palabras clave	1
○ Abstract – Keywords	2
○ Índice	3

◇ Cuerpo del trabajo:

I. Introducción	4
II. Hipótesis y objetivos	10
III. Material y métodos.....	11
a) Diseño	11
b) Sujetos del estudio.....	11
c) Variables del estudio.....	12
d) Plan de trabajo.....	13
e) Desarrollo.....	14
f) Recogida y análisis de datos.....	15
IV. Aspectos éticos.....	19
V. Otros aspectos de interés.....	20
a) Experiencia del equipo investigador.....	20
b) Utilidad y aplicabilidad de los resultados.....	20
c) Medios necesarios y presupuesto.....	20

◇ Bibliografía

◇ Anexos

I. INTRODUCCIÓN

Tradicionalmente, los buenos resultados en salud han estado estrictamente ligados a la calidad científico-técnica de la asistencia y se ha obviado la percepción del paciente sobre dicha asistencia recibida. Desde el paradigma actual, con una visión holística del paciente, los buenos resultados en salud suponen ofertar la mejor asistencia desde el punto de vista de la calidad científico-técnica incorporando la mejora de la satisfacción del paciente con la asistencia recibida.

Antes de abordar en profundidad la valoración de la satisfacción del paciente y los determinantes de la misma, debemos comprender adecuadamente otros conceptos inherentes a esta. Así, en primer lugar, hablaremos de calidad asistencial y antes de esto, de la calidad como concepto más amplio.

La Real Academia Española (RAE), define calidad como: “Propiedad o conjunto de propiedades inherentes a algo, que permiten juzgar su valor”; “Adecuación de un producto o servicio a las características especificadas”. Sin embargo, del concepto de Calidad Asistencial aplicado al ámbito sanitario no encontramos una definición tan globalmente aceptada. Es un término desarrollado y muy debatido en la literatura del que se han realizado múltiples definiciones, tanto por parte de investigadores individuales como por diversas entidades y organizaciones, siendo quizás la más importante y la que sienta las bases de la teoría posteriormente elaborada al respecto la de Donabedian en 1980 (1). Desde entonces, diferentes autores han aportado su visión sobre el tema, lo que nos ha ido dejando otras tantas definiciones (2,3) poco concordantes entre sí, pero que sí refieren con frecuencia determinantes comunes, siendo algunos de los más frecuentemente citados: efectividad, eficiencia, accesibilidad, disponibilidad, equidad, seguridad, competencia técnica, satisfacción, etc. Con todo, el único consenso actual, es que no existe como decíamos una definición unificada y aceptada de este complejo concepto.

La última definición que la Organización Mundial de la Salud (OMS) hace de la Calidad Asistencial es: “El grado en que los servicios de atención médica proporcionados a individuos y poblaciones de pacientes mejoran los resultados de salud deseados. Para

lograr esto, la atención médica debe ser segura, efectiva, oportuna, eficiente, equitativa y centrada en las personas”. Complementa esta definición matizando cada uno de los atributos que atribuye a la atención médica:

- **Segura:** Brindar atención médica que minimice los riesgos y daños a los usuarios del servicio, lo que incluye evitar lesiones prevenibles y reducir los errores médicos.
- **Efectiva:** Proporcionar servicios basados en el conocimiento científico y guías basadas en la evidencia.
- **Oportuna:** Reducir los retrasos en la prestación y la recepción de los cuidados de salud.
- **Eficiente:** Brindar atención médica de una manera que maximice el uso de recursos y evite el desperdicio.
- **Equitativa:** Prestar atención médica que no difiere en calidad según las características personales, como género, raza, etnia, ubicación geográfica o condición socioeconómica.
- **Centrada en las personas:** Proporcionar cuidados que tengan en cuenta las preferencias y aspiraciones de los usuarios de servicios individuales y la cultura de su comunidad.

En contraste con esta última definición de la OMS, en otras definiciones que han aparecido en la literatura, especialmente en las más recientes, encontramos la satisfacción (entendida como la satisfacción del paciente con la asistencia recibida), entre los determinantes fundamentales de la misma. La satisfacción es de nuevo un concepto relativamente ambiguo que se presta a múltiples interpretaciones. La RAE, la define como: “Razón, acción o modo con que se sosiega y responde enteramente a una queja, sentimiento o razón contraria”; “Acción o efecto de cumplir, llenar ciertos requisitos o exigencias”; “Acción o efecto de dar solución a una duda o dificultad”.

La satisfacción con la asistencia recibida, como dimensión de la calidad asistencial de relativamente nueva aparición, y sus determinantes constituirán el eje del presente trabajo. Trataremos de explorar con nuevo abordaje y aplicando un nuevo método, cuales son los determinantes de la satisfacción con la asistencia recibida de los pacientes cardiopatas que gozan de la atención sanitaria en nuestros centros.

Desde hace décadas, estamos asistiendo a un cambio de paradigma en la atención sanitaria. En este nuevo escenario, hablamos de “el empoderamiento del paciente”, entendido como un cambio de papel de este. El paciente pasa de ser solo un elemento pasivo de la atención sanitaria, receptor de servicios sin papel participante en la misma, a convertirse en el elemento central de esta. Así, esta nueva tendencia insta al paciente a participar activamente en su enfermedad, atención y cuidados durante el proceso asistencial, valorando no solo el fin, si no también los medios. Desde las instituciones sanitarias se hace por tanto clave conocer la percepción del paciente sobre la atención recibida.

Hemos hablado de calidad asistencial y de satisfacción. Desde nuestro trabajo, entendemos que la satisfacción con la asistencia recibida es un determinante más de la calidad asistencial, pero este es un tema controvertido en la literatura, algunos autores consideran los términos como claramente diferenciados (4), mientras que en muchos otros trabajos se intercambian los mismos.

Centrándonos en la satisfacción, ya en 1980, como se ha expuesto previamente, Donabedian describe la importancia de la misma como determinante de la calidad asistencial, en una obra que constituye una de las primeras referencias relevantes sobre el tema (1). Desde entonces se han creado numerosas teorías sobre la satisfacción del paciente, entre las que destacan las que datan de la década de los 80 y que sentaron las bases de las actuales (5–8). Cada una con sus particularidades, todas coinciden en mayor o menor grado en entender la satisfacción como una consecuencia de la valoración de los resultados respecto a las expectativas y tratan de definir cuales son los principales determinantes de la misma.

Conforme se ha ido comprendiendo la importancia de la satisfacción del paciente como parte del proceso asistencial y como determinante de la calidad del mismo, esta se ha tratado de medir en numerosas ocasiones, en múltiples trabajos y con diferentes métodos.

Fuera del ámbito sanitario, la satisfacción del usuario o, cliente por ejemplo en la esfera empresarial o el sector servicios, es de suma importancia. En nuestro ámbito, el interés en la medición de la satisfacción con la atención médica surge primeramente en el sector privado, donde clásicamente se considera al usuario de sus servicios estrictamente como

“cliente”. Posteriormente, en el sector público se ha ido tomando conciencia de la importancia de este análisis y mejora cuando en el contexto del cambio de paradigma comentado, se entiende la necesidad de ofrecer la mejor atención al paciente en todas las esferas posibles.

Actualmente, la herramienta fundamental de medida de la satisfacción la constituyen los cuestionarios. El problema que surge al respecto es la importante variabilidad en la orientación y el enfoque de los mismos, así como la falta de estandarización: si bien, algunos pueden estar validados individualmente, el empleo de unos u otros no está estandarizado, lo que repercute en la existencia de resultados difícilmente comparables entre estudios. Una carencia mayor si cabe, en este ámbito, la encontramos en la ausencia de un cuerpo teórico; una investigación básica realizada de forma rigurosa que respalde estos cuestionarios y que identifique aquellas dimensiones que se deberían valorar para medir la satisfacción. Ya desde hace más de 25 años, encontramos referencias a la necesidad de realizar esta investigación (9), sin embargo a día de hoy no existe un consenso sobre cuales son estos determinantes de la satisfacción del paciente.

Así, algunas de las herramientas desarrolladas y empleadas con este fin incluyen: Consumer Assessment of Health Plans Survey (CHAPS) de la Agency for Health Care Policy and Research (10,11); Picker Patient Experience Questionnaire (12); The Outpatient Satisfaction Questionnaire (OSQ-37) (13); SAPHORA questionnaire del Comité de Coordination de l’Evaluation Clinique et de la Qualité en Aquitaine (CCECQA) (14,15). En otros muchos trabajos, ante la falta de cuestionarios sobre satisfacción o sobre calidad del servicio desarrollados específicamente en el ámbito de la salud, se han empleado herramientas validadas e inicialmente desarrolladas para otros ámbitos. Entre estas herramientas aplicadas a salud después de haber sido desarrolladas y largamente empleadas en otros ámbitos, destacamos el cuestionario SERVQUAL, concebido por A. Parasuraman, V. Zeithaml y L. Berry (del Marketing Science Institute de EEUU) (16), ampliamente difundido para su empleo como herramienta de marketing. Se trata de un cuestionario con 22 apartados que valoran 5 dimensiones de la calidad del servicio desde el punto de vista del consumidor: fiabilidad, garantía, sensibilidad, empatía y apariencia.

La importancia creciente que se está otorgando a la satisfacción y a sus determinantes, la encontramos, una vez más, respaldada en la literatura por la realización de varios meta-análisis, que tratan de agrupar la evidencia existente al respecto. Asumiendo las limitaciones marcadas por el empleo de herramientas poco validadas para este fin y que son las que hasta ahora se han utilizado, tratan de agrupar los resultados de múltiples trabajos para determinar cuales podrían ser los determinantes de la satisfacción más importantes. Así, entre los trabajos más recientes, encontramos el meta-análisis de Crowe et al (2002), que en una revisión de 176 trabajos, 139 de los cuales se centran específicamente en la medición de la satisfacción determina en primer lugar, como ya se ha expresado anteriormente, la escasa concordancia entre métodos y evaluaciones haciendo los trabajos poco comparables. Por otro lado, encuentra que la práctica totalidad de trabajos con ese fin son observacionales, y que entre los determinantes de satisfacción más repetidos aparecen la relación paciente-profesional y los aspectos interpersonales de la atención (17).

A la vista de estos resultados, la situación de partida de la valoración de la satisfacción del paciente es compleja. La conciencia sobre la necesidad de atención que esta esfera requiere aún es muy reciente, en especial en nuestro ámbito de servicio público de salud. Si bien, existe un gran número de trabajos al respecto, estos están asentados sobre una base teórica insuficiente y emplean herramientas prestadas y no específicamente desarrolladas. Conforme somos plenamente conscientes de la necesidad de valoración y mejora de la satisfacción del paciente, en primer lugar urge conseguir una definición unificada del término y descubrir y describir cuales son sus determinantes antes de comenzar a realizar mediciones de la misma con objetivos de mejora.

Esta situación nos lleva a explorar nuevos métodos que puedan ser más pertinentes para nuestros objetivos. Así, recurrimos una vez más, a técnicas inicialmente desarrolladas en unos ámbitos, empleadas en otros y que podrían tener aplicación en el nuestro. Los conceptos de “*priming*”, “*associative priming*” y “*context priming*”, son conceptos del campo de la psicología, relacionados con la memoria implícita y estudiados en la psicología del aprendizaje y desarrollo, que se han empleado frecuentemente en el sector servicios, en el ámbito privado como herramientas de *marketing*.

El “*priming*”, hace referencia a como la exposición a un estímulo condiciona a nivel subconsciente la respuesta que se da a otros estímulos a los que se expone con posterioridad.

El “*associative priming*”, en concreto, hace referencia a la producción de una palabra en respuesta a un estímulo. Palabra que se asocia al mismo, aunque no de un modo semántico. Por ejemplo, “hospital”, es fácil que evoque el concepto “enfermedad”, porque aunque no están ligados semánticamente, son conceptos que todos tenemos integrados como asociados. Muy relacionado con este, aparece el concepto de “*context priming*”, por el cual, un contexto concreto favorece el procesamiento de estímulos que frecuentemente aparecen en ese contexto, así en un texto, la lectura de una determinada secuencia de palabras hace fácil anticipar cuales serán las siguientes si estas frecuentemente aparecen ligadas.

Apoyándonos en estas técnicas, es nuestro objetivo emplear nuevas herramientas que gozen de una mayor fiabilidad, permitiéndonos conocer mediante entrevistas abiertas realizadas en el contexto adecuado cuales son realmente los determinantes de la satisfacción de nuestros pacientes. Una vez identificados los mismos, se podrán incorporar a los ciclos de mejora de la calidad asistencial.

La intención de conocer los determinantes de la satisfacción del paciente, medir la misma y mejorarla responden a la creencia de que esta puede tener un impacto positivo directo en la salud de los pacientes. Es de esperar que un paciente satisfecho con la atención recibida deposite mayor confianza en su médico, asista a las citas concretadas, cumpla los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos indicados y en definitiva se implique en mayor grado en el cuidado de su salud y este más dispuesto a trabajar en favor de la mejora de la misma.

Por otro lado, comprendemos que en diferentes ámbitos, las expectativas que el paciente pone en la atención sanitaria serán diferentes, y así, la satisfacción derivada del cumplimiento de las mismas tendrá distintos determinantes. Aspiramos, por tanto, a conocer los determinantes de la satisfacción específicos de diferentes escenarios asistenciales.

II. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

Hipótesis generales:

- A. La mejora de la satisfacción del paciente con la asistencia recibida podría tener un impacto positivo sobre los resultados en salud.
- B. Podemos emplear nuevos métodos basados en conceptos que han resultado útiles en otros ámbitos para conocer los determinantes de la “satisfacción del paciente”.
- C. Los determinantes de la satisfacción del paciente varían entre los diferentes escenarios asistenciales.

Hipótesis operativa:

- A. Mejorar la satisfacción del paciente con la asistencia recibida favorecerá la implicación del mismo en el cuidado de su salud, mejorando su colaboración, adherencia al tratamiento y cumplimiento terapéutico, lo que podría tener un impacto positivo sobre los resultados en salud.
- B. La aplicación del “*priming asociativo*”, los “mapas de conceptos” y los “datos en primera persona” nos permitirán desarrollar herramientas específicas y más fiables para conocer los determinantes de la satisfacción del paciente.
- C. Podemos, mediante estas nuevas herramientas, conocer los determinantes de esta satisfacción en los diferentes escenarios estudiados.

Objetivo general:

Conocer cuales son los determinantes de la satisfacción del paciente cardiológico.

Objetivos específicos:

- A. Conocer que factores determinan la satisfacción en diferentes escenarios asistenciales: unidad de hospitalización de cardiología en un hospital público, unidad de cuidados intensivos cardiacos, consultas externas de cardiología y unidad de hospitalización de cardiología en un centro privado.
- B. Conocidos dichos determinantes, sentar una base teórica sobre la que realizar estudios de intervención de mejora de la satisfacción con objetivo de mejora de la salud a largo plazo.

III. MATERIAL Y MÉTODOS

a) Diseño:

Estudio observacional descriptivo, transversal de pacientes consecutivos, multicéntrico, exploratorio. Se plantean inicialmente, cinco fases de estudio, en cuatro ámbitos de atención sanitaria en dos centros hospitalarios diferentes: Hospital público Universitario de Santa Lucía de Cartagena (HUSL) y Hospital privado HLA La Vega de Murcia (HLV). HUSL, consta de 667 camas de hospitalización y 18 camas de cuidados críticos en la Unidad de Cuidados Intensivos, atiende, según los últimos datos a una población de más de 270.000 personas y emplea a cerca de 2.000 profesionales. Consta de prácticamente todas las especialidades médicas y quirúrgicas con atención en ámbitos tanto hospitalario como ambulatorio. HLV, de gestión privada, con una oferta de 112 camas de hospitalización y una Unidad de Cuidados Intensivos de reciente implementación, consta además de atención ambulatoria en múltiples especialidades con una amplia cartera de servicios que incluye Cardiología. Por su condición de hospital privado no esta claramente acotada su población de referencia, así como el número de profesionales que emplea.

b) Sujetos del estudio:

Los pacientes participantes en el estudio, serán atendidos en la planta de hospitalización de HUSL, en la unidad coronaria de la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) de HUSL, en las Consultas externas de Cardiología de HUSL y en la planta de hospitalización del HLV. Los pacientes atendidos en estos ámbitos deberán cumplir los criterios de inclusión y exclusión expuestos a continuación.

Criterios de inclusión:

- Pacientes mayores de 16 años.
- Pacientes atendidos por el servicio de Cardiología del Hospital Universitario de Santa Lucía en Cartagena en la Unidad de hospitalización, en la Unidad de

cuidados intensivos cardiacos y en las Consultas externas de Cardiología; y pacientes atendidos en la Unidad de Hospitalización de Cardiología del Hospital HLA La Vega en Murcia.

- Pacientes que hayan firmado el consentimiento informado (Anexo 1), aceptando participar en este momento y en el seguimiento posterior clínico o telefónico. En caso de menores de 18 años, este consentimiento informado deberá haber sido firmado por sus padres o tutores.

Criterios de exclusión:

- Rechazo por parte del paciente de su participación en el estudio.
- Pacientes ingresados de forma programada para procedimientos electivos.
- Pacientes con deterioro del nivel cognitivo que impida la cumplimentación de los cuestionarios.
- Pacientes que ingresan en la Unidad de hospitalización de Cardiología derivados como traslado interno desde otra Unidad de hospitalización.

Entre la población atendida por Cardiología en los centros médicos mencionados (Población accesible), se selecciona, entre aquellos pacientes que cumplen los criterios de inclusión y están exentos de los criterios de exclusión (Población elegible), una muestra de pacientes mediante muestreo no probabilístico consecutivo. El estudio se concibe como de naturaleza exploratoria y por lo tanto no se ha estimado un tamaño muestra al efecto.

c) Variables del estudio:

Variable dependiente: la satisfacción del paciente cardiópata con la asistencia recibida.

Variables independientes: las respuestas proporcionadas por cada paciente relacionadas con la satisfacción.

Variables modificadoras del efecto (interacciones): características de los pacientes y escenario asistencial.

Variables descriptivas: edad, sexo, patología principal que justifica su atención por el servicio, duración de la estancia hospitalaria y número de ingresos en los últimos 5 años (si corresponde), diagnóstico nuevo o conocido y nivel de estudios.

d) Plan de trabajo:

El trabajo se organizará en 5 fases proyectadas para una duración total de 42 meses, distribuidas en el tiempo según se muestra en el cronograma (Anexo 2) y con el siguiente planteamiento:

Fase 1:

Se selecciona una muestra piloto de 50 pacientes en cada uno de los ámbitos expuestos. Para esta primera fase, se entrega al momento del alta o al finalizar la consulta (según el caso) un cuestionario abierto autocumplimentable en el que indicar que atributos asocian a la satisfacción con la asistencia recibida (disponible en el Anexo 3). Con este cuestionario abierto, entregado en el contexto del final de la atención sanitaria, atendiendo a las premisas del “*associative priming*” y “*context priming*”, se espera que los pacientes reflejen por asociación inmediata que elementos de la atención que acaban de recibir son determinantes de la satisfacción con la misma. Este cuestionario autocumplimentable se complementa con una serie de datos demográficos recogidos por parte del investigador que constituyen las variables descriptivas de los pacientes (disponible en el Anexo 4).

Fase 2:

A partir de los datos recogidos en la fase 1 mediante cuestionario abierto, se generará un nuevo cuestionario, cerrado, que podrá ser empleado en otros ámbitos y estudios posteriores. Para ello, los datos recogidos en la fase 1 se ponderan mediante las técnicas adecuadas de análisis de este tipo de datos, para extraer los 6 determinantes de mayor peso, que constituirán el nuevo cuestionario. En el mismo los determinantes se presentarán de forma aleatoria para su ordenación por orden de importancia descendente por parte de los participantes. Para poner en práctica esta herramienta, se selecciona una segunda muestra equiparable a la primera, compuesta por 50 nuevos pacientes de cada uno de los mismos ámbitos expuestos.

Fase 3:

A la muestra de pacientes participantes en la fase 2, se realizará un seguimiento de 12 meses en consultas externas, por vía telefónica y a nivel hospitalario. Se determinarán, como marcadores del impacto de la satisfacción sobre el comportamiento del paciente la

adherencia al tratamiento, el cumplimiento de las revisiones pautadas, las consultas en urgencias y los ingresos hospitalarios, en este plazo.

Fase 4:

Una vez conocidos los determinantes de la satisfacción de nuestros pacientes en cada uno de los ámbitos, con los datos de las fases 1 y 2, se trabajará en introducir acciones encaminadas a la mejora de los mismos. En colaboración con los equipos directivos y los responsables directos de cada uno de los ámbitos de trabajo, se tratarán de implantar medidas acordadas en todos y cada uno de los ámbitos posibles: estructurales, personales o de otros servicios no estrictamente sanitarios.

Fase 5:

Se selecciona una nueva muestra, constituida por 50 pacientes de cada ámbito de estudio, equiparables a los participantes en la fase 3, reclutados en las mismas condiciones. Sobre esta nueva muestra se repiten las observaciones de la fase 3 durante un nuevo seguimiento de 12 meses. Tras la intervención de mejora de los determinantes de la satisfacción (fase 4), comprobaremos si en efecto, los pacientes de esta última muestra, teóricamente más satisfechos con la atención recibida, tienen un comportamiento diferente.

e) Desarrollo:

Tiempo total: 42 meses

Fecha de inicio: Enero 2019

Fecha de fin: Junio 2022

Cronograma (anexo 2):

- Planteamiento del trabajo (3 meses)
- Desarrollo teórico (3 meses): revisión bibliográfica
- Desarrollo práctico (3 meses): desarrollo de herramientas, solicitud de autorización por el Comité de Ética de Investigación Clínica (CEIC), coordinación con los diferentes escenarios asistenciales, reclutamiento de colaboradores.
- Fase 1 (1 mes): cuestionario abierto
- Análisis de datos (1 mes)

- Fase 2 (1 mes): cuestionario cerrado
- Fase 3 (12 meses): seguimiento pre-intervención
- Fase 4 (6 meses): intervención
- Fase 5 (12 meses): seguimiento post-intervención
- Análisis de datos (3 meses)
- Comunicación de resultados

Investigadores y distribución de tareas:

El investigador principal, y responsable del presente trabajo participará en todas las tareas previamente descritas, coordinará la colaboración entre los diferentes escenarios asistenciales, realizará los contactos con el equipo directivo para la implementación de medidas y llevará a cabo el desarrollo del trabajo. Existirán unos investigadores colaboradores en los diferentes ámbitos de estudio que participarán mediante la entrega y recogida de los cuestionarios. Se colaborará con investigadores de la Universidad Politécnica de Cartagena (UPCT) que llevarán a cabo el análisis de los datos según las técnicas propuestas con las que están familiarizados.

f) Recogida y análisis de datos:

Fase 1:

La recogida de datos empleará, por un lado la encuesta abierta autocumplimentable por el paciente (Anexo 3), que consiste en un único cuadro de texto para la respuesta libre a la pregunta:

¿Qué es para usted recibir una asistencia sanitaria satisfactoria en Cardiología?

La pregunta, desarrollada según los principios del “*associative priming*” expuestos, pretende favorecer la respuesta espontánea del paciente libre de condicionamientos enmarcada en el contexto del final de la atención.

Por otro lado, se realizará la recogida de las siguiente variables demográficas (Anexo 4), por parte del investigador, que pretenden una valoración del perfil clínico y las características basales de nuestros pacientes y de las características de su enfermedad y de su interacción con el sistema sanitario.

- Edad, sexo, nivel de estudios y factores de riesgo cardiovascular clásicos (Diabetes mellitus, Hipertensión arterial, Dislipemia, Tabaquismo/Ex tabaquismo), como características basales de la muestra
- Patología cardiaca que justifica la atención médica y evolución de la misma (diagnóstico nuevo o previo) con la premisa de que la percepción del paciente con la atención pueda estar marcada por su condición de enfermo reciente o crónico, y por el tipo y gravedad de su patología.
- Duración del ingreso (si corresponde) y número de ingresos hospitalarios en los últimos 5 años, entendiendo que también son factores que independientemente pueden influir en la valoración de la atención.

Análisis de datos y Fase 2:

Tras la ponderación de las variables, según las técnicas de análisis correspondientes, basadas en el orden y frecuencia de aparición de las mismas en los cuestionarios abiertos, se construirá un nuevo cuestionario, cerrado, constituido por 6 elementos, que serán aquellos que mayor peso hallan presentado en las respuestas del cuestionario abierto de la fase 1. Estos se presentarán de manera aleatoria, para su ordenación por parte del paciente en orden de mayor a menor importancia.

Así mismo, de esta nueva muestra se realizará la recogida de las mismas variable demográficas.

Fase 4:

Conocidos los determinantes de satisfacción en cada uno de los ámbitos, se comparan los mismos, para determinar el grado de concordancia o discordancia entre los diferentes escenarios. Posteriormente se intervendrá en cada uno de los escenarios de forma independiente, aplicando las medidas correspondientes a las posibilidades de mejora en cada uno de ellos.

Fase 3 y Fase 5:

Durante la duración de estas fases (12 meses cada una) se mantendrá el seguimiento en consulta habitual indicado por su cardiólogo, se contactará telefónicamente con el paciente en caso de incomparecencia, y se concertará una última cita al final del periodo de seguimiento. Así mismo, se hará un seguimiento del número de consultas en Urgencias y de ingresos hospitalarios.

En las consultas, se valorará el cumplimiento terapéutico mediante el test de Morisky-Green-Levine (18) (Anexo 5). El mismo, disponible y empleado desde 1986, inicialmente para el control del tratamiento antihipertensivo y posteriormente empleado para otros tratamientos crónicos (19–21), consta de 4 preguntas con respuesta dicotómica si/no, valora el grado de cumplimiento del tratamiento y proporciona información sobre las causas del incumplimiento si lo hubiera. Entre las ventajas de este test, es breve, fácil de aplicar y proporciona mucha información, además ha demostrado alta especificidad y valor predictivo positivo.

Se hará un registro al finalizar el seguimiento del número de consultas y de ingresos en cada una de las vías expuestas y a partir los cuestionarios sobre cumplimiento terapéutico, también de este.

Análisis de datos:

Para el análisis de los resultados de la fase 1, obtenidos a partir los cuestionarios abiertos, nos basaremos en las técnicas mencionadas, “*priming*”, “*associative priming*”, “*asociative priming*” y “mapas de conceptos”. Se pretenden obtener mapas individuales de cada paciente que se puedan integrar en un mapa de consenso, agrupando y ponderando los atributos más frecuentemente mencionados. Para ello, entendemos que el orden de aparición de los atributos en las respuestas abiertas, se corresponde con la importancia del mismo para el paciente en la determinación de su satisfacción. Así, con el orden de aparición individual y la frecuencia de aparición global, se seleccionan los atributos para el mapa de consenso.

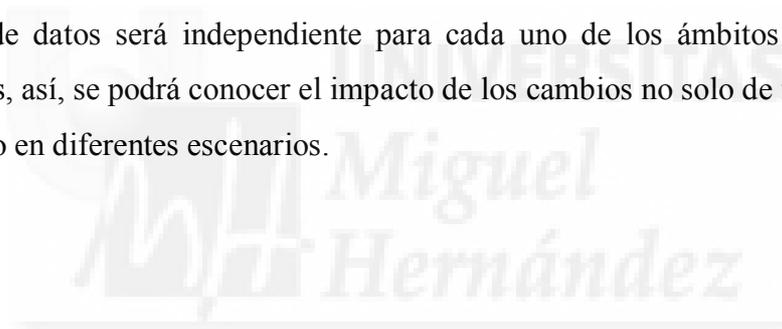
La importancia de cada atributo se ponderará mediante la función potencial “ $y = ax^{-k}$ ” que tiene su origen en estudios de aprendizaje, memoria y percepción. En esta función, y es la importancia del atributo, x es el orden de mención, a es una constante y k es un parámetro que puede estimarse. Se simplifica esta expresión, empleando $a=1$ y $k=1$ para obtener una disminución no lineal de y con x . Por ejemplo, si un paciente menciona 4 atributos, las ponderaciones serían respectivamente: 1,00; 0,50; 0,33; 0,25. Si n participantes mencionan un número j de atributos diferentes, z sería el número total de menciones y se sumarían las ponderaciones para cada atributo j en el conjunto de la muestra n y se dividiría por z , obteniéndose un índice de la importancia de cada atributo ponderado entre 0 y 1. A partir de la frecuencia de mención de los atributos, y de la

ponderación de cada uno de ellos con un valor en el intervalo 0-1, se seleccionarían los que incorporaremos en el mapa final de consenso. Se establece, por otro lado, incluir solo las asociaciones con una frecuencia de mención superior al 20%. A partir de este mapa de consenso, se generará el cuestionario cerrado que se empleará en las fases posteriores.

Para el análisis de datos mediante estos métodos, se cuenta con la colaboración del departamento de estadística de la Universidad Politécnica de Cartagena, familiarizados con su empleo e interpretación.

Finalmente, se realizará un análisis estadístico que compare los resultados sobre número de ingresos hospitalarios y de atenciones en Urgencias, así como de grado de cumplimiento terapéutico entre los pacientes en las fases 3 y 5. Comprobaremos entonces, si la intervención realizada para mejorar los determinantes de la satisfacción ha repercutido en el comportamiento y salud de nuestros pacientes.

El análisis de datos será independiente para cada uno de los ámbitos de estudio ya mencionados, así, se podrá conocer el impacto de los cambios no solo de forma global si no segregado en diferentes escenarios.

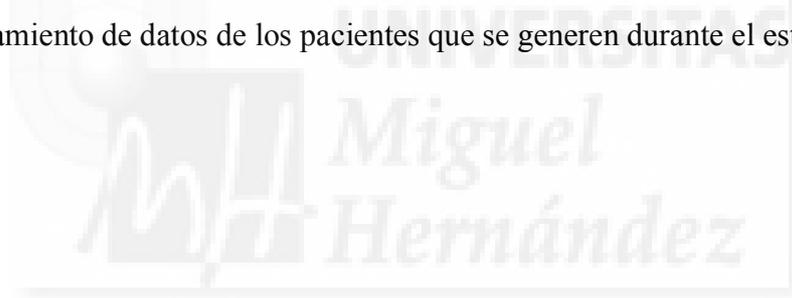


IV. ASPECTOS ÉTICOS:

De conformidad con la normativa legal vigente y las pautas de ética de la investigación, todos los proyectos de investigación que impliquen actuaciones con seres humanos, sus muestras biológicas y/o sus datos personales requieren ser evaluados por un Comité Ético acreditado. Se solicita al Comité Ético la autorización pertinente para llevar a cabo el estudio.

Se informará adecuadamente a todos los participantes sobre los pormenores del estudio en curso. Se exigirá la firma del consentimiento informado a todos los pacientes (o su responsable legal en caso de que exista) como condición para la participación en el estudio.

Se garantiza por parte de los investigadores el cumplimiento de la legislatura vigente sobre el tratamiento de datos de los pacientes que se generen durante el estudio.



V. Otros aspectos de interés

a) Experiencia del equipo investigador

El planteamiento del trabajo surge en colaboración con investigadores del Hospital General Universitario de Alicante y del Hospital General Universitario de Santa Lucía; el tutor y el cotutor del mismo respectivamente. Posteriormente se llevará a cabo reclutando a investigadores de nuestro centro de trabajo y de otros. Los directores del presente trabajo poseen dilatada experiencia en la investigación clínica en variados ámbitos, especialmente relacionados con la Cardiología, especialidad principal de los mismos, pero no se han embarcado previamente en un proyecto de este tipo orientado a la satisfacción.

b) Utilidad y aplicabilidad de los resultados:

Se parte de la premisa de que un paciente satisfecho estará más dispuesto a cumplir las indicaciones de su médico, acudir a las citas, no perder seguimiento y cumplir con los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos indicados. Así cabe pensar que la mejora de la satisfacción podrá impactar positivamente en la salud de nuestros pacientes. El conocimiento de los determinantes de la satisfacción del paciente permitirá mejorar la misma y por tanto favorecer los buenos resultados en salud.

c) Medios necesarios y presupuesto:

No se empleará ninguna fuente de financiación externa. Los investigadores del trabajo, tanto principal como colaboradores, analistas y resto de personal implicado participará en el presente proyecto de forma altruista y no remunerada, en pos de la investigación. La participación de los pacientes no será remunerada en modo alguno, entendiéndose que podría generar un sesgo en la valoración de la satisfacción. Las medidas que se implementen durante la fase de intervención de cara a la mejora de la satisfacción se realizarán en colaboración con la directiva de los centros hospitalarios y el presupuesto de las mismas formará parte del destinado a acciones de mejora del centro.

Los recursos materiales empleados pertenecerán al centro o a los investigadores que los prestan de forma voluntaria a este proyecto de investigación.

BIBLIOGRAFÍA

1. Donabedian A. The definition of quality and approaches to its assessment. Health Administration Press; 1980. 163 p.
2. Blumenthal D. Quality of Care — What is It? N Engl J Med. 19 de septiembre de 1996;335(12):891-4.
3. Evans DB, Edejer TT, Lauer J, Frenk J, Murray CJ. Measuring quality: from the system to the provider. Int J Qual Heal Care. 1 de diciembre de 2001;13(6):439-46.
4. Gotlieb JB, Grewal D, Brown SW. Consumer satisfaction and perceived quality: Complementary or divergent constructs? J Appl Psychol. 1994;79(6):875-85.
5. Fox JG, Storms DM. A different approach to sociodemographic predictors of satisfaction with health care. Soc Sci Med Part A Med Psychol Med Sociol. 1 de septiembre de 1981;15(5):557-64.
6. Linder-Pelz S. Toward a theory of patient satisfaction. Soc Sci Med. 1 de enero de 1982;16(5):577-82.
7. Ware JE, Snyder MK. Dimensions of Patient Attitudes Regarding Doctors and Medical Care Services. Med Care. agosto de 1975;13(8):669-82.
8. Fitzpatrick R, Hopkins A. Problems in the conceptual framework of patient satisfaction research: an empirical exploration. Sociol Heal Illn. 1 de noviembre de 1983;5(3):297-311.
9. Williams B. Patient satisfaction: A valid concept? Soc Sci Med. 1 de febrero de 1994;38(4):509-16.
10. Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems (CAHPS) Home Page | Agency for Healthcare Research & Quality [Internet]. [citado 9 de junio de 2019]. Disponible en: <https://www.ahrq.gov/cahps/index.html>
11. Millar JS, McCauley D, Hays C, Winston T, Mitchell L. Consumer Assessment of Health Plans Survey (CAHPS) results for Oklahoma managed care Medicaid, 1997, 1998, and 1999. J Okla State Med Assoc. marzo de 2000;93(3):109-17.
12. JENKINSON C, COULTER A, BRUSTER S. The Picker Patient Experience Questionnaire: development and validation using data from in-patient surveys in

- five countries. *Int J Qual Heal Care*. 1 de octubre de 2002;14(5):353-8.
13. The Outpatient Satisfaction Questionnaire (OSQ-37) : executive summary / Ron D. Hays | National Library of Australia [Internet]. [citado 9 de junio de 2019]. Disponible en: <https://catalogue.nla.gov.au/Record/2577796>
 14. Yameogo AR, Millogo GRC, Palm AF, Bamouni J, Mandi GD, Kologo JK, et al. [Evaluation of patients' satisfaction in the department of cardiology at the University Hospital Yalgado Ouedraogo]. *Pan Afr Med J*. 2017;28:267.
 15. Questionnaire Saphora-MCO (version 2009).
 16. Parasuraman AP, Zeithaml VA, Berry LL. SERVQUAL: A multiple-Item Scale for measuring consumer perceptions of service quality Cost-Effective Service Excellence View project Cloud-based Business Process Management View project.
 17. Crow R, Gage H, Hampson S, Hart J, Kimber A, Storey L, et al. The measurement of satisfaction with healthcare: implications for practice from a systematic review of the literature. *Health Technol Assess (Rockv)*. 2002;6(32).
 18. Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Med Care*. enero de 1986;24(1):67-74.
 19. Corless IB, Kirksey KM, Kempainen J, Nicholas PK, McGibbon C, Davis SM, et al. Lipodystrophy-Associated Symptoms and Medication Adherence in HIV/AIDS. *AIDS Patient Care STDS*. septiembre de 2005;19(9):577-86.
 20. Guilera M, Fuentes M, Grifols M, Ferrer J, Badia X, OPTIMA study investigators. Does an educational leaflet improve self-reported adherence to therapy in osteoporosis? The OPTIMA study. *Osteoporos Int*. 31 de mayo de 2006;17(5):664-71.
 21. Viejo JL, Martín Escribano P, Romero S, Rodríguez Suárez JR, Sobradillo V, Valencia A. [Compliance with inhalation treatment of patients with chronic obstructive pulmonary disease]. *Arch Bronconeumol*. junio de 2000;36(6):319-25

ANEXOS

Anexo 1: Consentimiento informado

Estimado Paciente:

En la línea de la mejora continua de la atención prestada por el sistema sanitario, se va a llevar a cabo una investigación sobre diversos aspectos relacionados con la percepción de la atención recibida por parte de ustedes, los pacientes, que ayudarán a implementar medidas que repercutan positivamente en la atención que se ofrece, y con esto en su salud. Se solicita su participación en el presente estudio sin ningún riesgo adicional para su salud, ni impacto de manera alguna en el trato recibido, únicamente se le instará a completar un breve cuestionario en momentos puntuales de su atención, y a participar en un periodo de seguimiento a través de su historia clínica y en las citas con su médico.

Si accede a participar en este estudio, usted da su permiso a su médico para recoger información de sus registros y a tratar la información que nos proporcione en los cuestionarios, siempre de forma confidencial y no accesible a personas ajenas al estudio. Le animamos a que consulte cualquier duda o preocupación al respecto hasta comprender completamente la naturaleza de este estudio, y del presente consentimiento.

Su participación en este estudio es absolutamente voluntaria. Si rechaza participar en cualquier momento, simplemente dígaselo a su médico. Esta decisión no afectará de ninguna manera a sus cuidados médicos futuros. Si decide participar, se le pedirá que confirme con su firma en la última página de este formulario que acepta este Consentimiento Informado y que desea participar.

Declaro mi deseo de participar en el estudio “Determinantes de una asistencia sanitaria satisfactoria en el paciente cardiópata en diferentes escenarios asistenciales”. Mi médico puede decidir en cualquier momento finalizar mi participación en el estudio. Solamente serán tenidos en cuenta los datos anónimos. Soy consciente de que puedo terminar mi participación en este estudio en cualquier momento y tal decisión no afectará en ningún caso a mi tratamiento médico.



Nombre del paciente

Fecha y firma del paciente
(Firma del representante
legal si fuera necesario)

Nombre del médico

Fecha y firma del médico

Anexo 2: Cronograma

		Cronograma: Plan de trabajo										
		Planteamiento	Desarrollo teórico	Desarrollo práctico	Fase 1	Análisis de datos	Fase 2	Fase 3	Fase 4	Fase 5	Análisis de datos	Comunicación de resultados
2019	1º Trimestre											
	2º Trimestre											
	3º Trimestre											
	4º Trimestre											
2020	1º Trimestre											
	2º Trimestre											
	3º Trimestre											
	4º Trimestre											
2021	1º Trimestre											
	2º Trimestre											
	3º Trimestre											
	4º Trimestre											
2022	1º Trimestre											
	2º Trimestre											

Anexo 3: Encuesta abierta

A rellenar por el paciente

Estimado paciente:

Este es un cuestionario muy sencillo que tiene el objetivo de ayudarnos a mejorar la asistencia sanitaria en cardiología. Por favor, conteste a las preguntas de manera sincera. No hay respuestas correctas ni incorrectas, sólo pretendemos que nos responda lo que usted realmente piensa.

No necesita poner su nombre, por lo que este cuestionario es anónimo y las respuestas obtenidas se analizarán únicamente de manera estadística. No le llevará más de 2 o 3 minutos cumplimentarlo. Cuando termine, por favor, entréguelo a cualquier miembro del personal sanitario. Muchas gracias por su colaboración.

- 1. Explique brevemente qué es para usted recibir una asistencia sanitaria satisfactoria en cardiología.**



A large rectangular box containing a faint watermark logo of the Universidad Miguel Hernández. The logo features a stylized 'U' and 'M' intertwined, with the text 'UNIVERSITAS Miguel Hernández' to its right.

- 2. Indique su edad: _____ años**

- 3. Es usted:**

- Hombre
- Mujer

Por favor, entregue el cuestionario. Muchas gracias por su colaboración.

Anexo 4: Variables demográficas

A rellenar por el clínico (confidencial):

0.- NHC:

1.- Patología cardíaca que justifica su atención:

- Síndrome coronario agudo
- Angina
- Insuficiencia cardíaca
- Arritmia
- Infección (Pericarditis, Miocarditis, Endocarditis..)
- Otros

2.- Diagnóstico

- Nuevo
- Previo

3.- Nivel de estudios:

- Ninguno
- Ed. Primaria
- Ed. Secundaria
- Estudios superiores

4.- FRCV

- HTA
- DM
- DLP
- Fumador / Ex fumador

Para pacientes ingresados (Hospitalización / UCI):

5.- Duración del ingreso (días):

6.- Número de ingresos en los últimos 5 años

Anexo 5: Test de Morisky-Green-Levine

Test de Morisky-Green-Levine
¿Deja de tomar alguna vez los medicamentos para tratar su enfermedad?
¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?
Cuando se encuentra bien, ¿deja de tomar la medicación?
Si alguna vez le sienta mal, ¿deja usted de tomarla?
Se considera cumplidor si se responde de forma correcta a las 4 preguntas: no/sí/no/no

