

Satisfacción de los usuarios de CMA

CMA user satisfaction

Escalera Pérez R, García Muñoz P, Martín Arroyo S, Medina Achirica C

Hospital Universitario Jerez. Cádiz.

PREÁMBULO

Desde mediados del siglo XX el protagonismo del paciente ha ido en aumento estableciendo un vínculo cada vez mayor con la asistencia sanitaria. Así pues, el grado de satisfacción del paciente se ha convertido en un factor determinante y un indicador de calidad de cualquier servicio asistencial. Esta participación recíproca se debe fundamentalmente a los cambios en la sociedad, de la que tanto médicos como pacientes formamos parte, y que ha evolucionado en los últimos tiempos, con la mejora de las condiciones socioeconómicas, el aumento del nivel cultural y el mayor acceso a los sistemas públicos¹.

Es por ello que, hoy en día, uno de los parámetros más importantes de la medición de calidad asistencial de una unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) sea la satisfacción del paciente.

CORRESPONDENCIA

Raquel Escalera Pérez
Hospital Universitario Jerez
11407 Jerez de la Frontera, Cádiz
rakelescalera@hotmail.com

XREF

Quizás este parámetro tome una mayor importancia si lo comparamos con otras unidades porque el régimen de CMA hace especialmente partícipe al paciente y como consecuencia está más involucrado a la hora de valorar el procedimiento. Reconocerse como una parte esencial del mismo, tomar las decisiones de forma compartida, asumir la responsabilidad de los cuidados perioperatorios, entre otros parámetros son características que hacen de esta unidad una parcela idónea para utilizar como indicador de calidad la satisfacción del paciente².

DEFINICIÓN DE SATISFACCIÓN

La Real Academia de la lengua Española (RAE) define la satisfacción como: “la razón, acción o modo con que se sosiega y responde enteramente a una queja, sentimiento o razón contraria”. Dicho de otro modo, la satisfacción es un sentimiento de bienestar cuando se logra o cubre una necesidad. Se refiere al grado de conformidad de la persona cuando utiliza un bien o un servicio, en este caso el sistema

CITA ESTE TRABAJO

Escalera Pérez R, García Muñoz P, Martín Arroyo S, Medina Achirica C. Satisfacción de los usuarios de CMA. *Cir Andal*.2023;34(2):169-175. DOI: 10.37351/2023342.12.

sanitario³ y está muy relacionado con las expectativas creadas sobre el servicio a recibir⁴.

El concepto de satisfacción ha revolucionado el concepto de calidad al que tan íntimamente está ligado, pues “la calidad no es lo que se pone en servicio, sino lo que el usuario obtiene y percibe de él”³. Donabedian⁵, en su en su guía de valoración de la calidad de la asistencia sanitaria incluyó la satisfacción como parte del resultado de la misma, de tal forma que la definía como una medida de los resultados desde el punto de vista del paciente.

Ware et al, consideraron la satisfacción del paciente como la respuesta subjetiva del mismo ante el cuidado recibido, estando condicionada por sus preferencias y sus expectativas⁶.

Linder-Pelz la definió como la evaluación positiva a las distintas dimensiones de la atención sanitaria. Consideraba que estaba influenciada por las creencias, los valores y las esperanzas sobre la asistencia sanitaria⁷.

La definición de satisfacción más aceptada es la teoría del paradigma de la “desconfirmación de expectativas”, que define la satisfacción del paciente como la diferencia entre lo que él esperaba que ocurriera (sus expectativas) y lo que finalmente ha obtenido. Por tanto, la satisfacción sería el resultado de la confirmación de las expectativas o de la desconfirmación positiva de estas. Por lo que cuanto más altas sean las expectativas, mayor será la insatisfacción de los pacientes que reciben la asistencia médica⁸⁻⁹.

FACTORES QUE INFLUYEN EN EL GRADO DE SATISFACCIÓN

Los factores que influyen de manera más firme sobre el grado de satisfacción en el proceso de CMA, se han clasificado en las siguientes categorías 9:

Categoría A: características sociodemográficas del paciente

En este apartado se incluyen las características del paciente como el sexo, la edad, la profesión, el nivel socioeconómico y el nivel de estudios. Se incluyen también en esta categoría las expectativas del paciente respecto al servicio que va a recibir. Cuanto mayores sean éstas, más difícil será superar sus expectativas y por tanto menor el nivel de satisfacción, sin embargo, cuanto menores sean las perspectivas que se tengan, el nivel de satisfacción percibido será mayor. Parece que la edad del paciente está íntimamente relacionada con el nivel de satisfacción; determinando que pacientes añosos muestran mayor nivel de satisfacción ya que no suelen poner en duda la actuación del equipo médico y sus expectativas no son muy altas o al menos no lo expresan¹⁰.

Categoría B: características de la organización sanitaria.

En ella se incluyen el acceso al servicio, la organización, la burocracia y las instalaciones o comodidades de las que dispongamos 9. Por ejemplo, si el acceso al circuito de CMA está señalizado desde la puerta principal del hospital con carteles o flechas que el paciente pueda identificar fácilmente, el nivel de satisfacción del mismo aumentará. Si por el contrario, el paciente no conoce el complejo

hospitalario y tiene problemas ubicándose por falta de información, no se mostrará satisfecho por lo que la calidad de la asistencia percibida será menor. Determinados estudios también muestran que, si el hospital es visualmente más moderno y confortable, el paciente se mostrará más satisfecho¹¹.

Categoría C: características de la relación paciente-profesionales sanitarios.

Existe evidencia de que dicha relación es el determinante más importante para la satisfacción del paciente⁹. Podríamos destacar que la comunicación eficaz y empática de todos los profesionales que intervienen en el procedimiento de principio a fin, tanto hacia el paciente como hacia sus familiares u acompañantes, supone una muestra de interés manifiesto por el estado de su salud y recuperación. Dicha relación es percibida como un aumento de la calidad de la asistencia sanitaria recibida y por tanto, mejora notablemente el índice de satisfacción.

VALORACIÓN DE LA SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS DE CMA

Cada vez existen más estudios que postulan que la evaluación de la satisfacción de los usuarios es una herramienta importante para la investigación, el diseño y el desarrollo de los servicios sanitarios ya que la información procedente del paciente (feedback) puede ser usada sistemáticamente en la elección de alternativas de métodos organizativos o de prestaciones sanitarias¹².

La valoración de la satisfacción de los usuarios permite por un lado identificar aquellas áreas deficitarias desde el punto de vista del paciente y, por otra, evaluar los resultados de los cuidados. Además, se ha asociado con aspectos relacionados con la salud, tan importantes como la adherencia al tratamiento y las recomendaciones de los profesionales, así como con una mejor colaboración por parte de los pacientes, cuyo derecho a participar en el proceso asistencial ya fue reconocido por la OMS en 1978 (Declaración de Alma-Ata)¹³.

Según Hawthorne¹⁴, el concepto de satisfacción del paciente cubre todos los aspectos de la calidad de la asistencia sanitaria, por lo que un modelo exhaustivo de valoración de satisfacción del paciente debería englobar las siguientes dimensiones:

- Acceso apropiado a los servicios de salud, tanto al lugar donde se proporciona la asistencia sanitaria como a los departamentos de coordinación.
- Disponibilidad de información sobre salud.
- Empatía entre paciente y personal sanitario.
- Participación en la decisión sobre tratamientos.
- Satisfacción con la calidad técnica de terapias utilizadas.
- Eficiencia de los procesos terapéuticos en cuanto a cumplir las expectativas de los pacientes y en ayudar en la mejora de su vida diaria.
- Satisfacción general.

MÉTODOS DE VALORACIÓN DE LA SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS DE CMA

Existen múltiples formas de medir la satisfacción de los usuarios con la atención sanitaria. Unos métodos están basados en la observación del usuario y otros en obtener su evaluación. Entre los métodos de valoración de la satisfacción se encuentran¹⁰:

- Entrevista estructurada, semiestructurada, en profundidad y abierta.
- Grupos focales.
- Encuesta telefónica o postal.
- Quejas y felicitaciones.
- Observación de participantes.
- Encuestas autodirigidas.

Existen dos tipos de metodologías para la obtención y valoración de la opinión de los usuarios:

A) Métodos cualitativos:

Estos métodos se basan en la obtención de información preguntando al paciente una serie de temas sobre los que éste escribe o expresa verbalmente su experiencia de forma exhaustiva, ya sea positiva o negativa. Este tipo de respuestas no son restrictivas ni predeterminadas, la valoración de los resultados se hace desde el punto de vista observacional, la muestra de pacientes suele ser de pequeño tamaño, pero se somete a un análisis profundo y normalmente no permiten la generalización de los resultados. Ejemplos de métodos cualitativos serían la entrevista en profundidad, los grupos focales y la observación de pacientes¹⁵.

B) Métodos cuantitativos:

Estos métodos se basan en la medición del estímulo, juicio y respuesta del paciente ante la atención recibida a través de una representación numérica o una escala. Son los más utilizados y además suelen ir precedidos de estudios cualitativos que han detectado posibles deficiencias. Existen cuatro tipos de escalas que se usan en la investigación cuantitativa en función del tipo de variable estudiada: la escala nominal, la ordinal, la de intervalo y la de razón. Ejemplos de métodos cuantitativos son la entrevista personal y las encuestas telefónicas o postales¹⁰.

Un método básico para realizar estudios cuantitativos sobre la satisfacción del usuario es el "Cuestionario Estandarizado", que puede definirse como "un instrumento que consiste en una serie de preguntas y enunciados diseñados para obtener respuestas que permitan ser convertidas en variables medibles para poder ser estudiadas"¹⁶.

Mira¹⁷ concluyó que probablemente la metodología más recomendable es la que combina técnicas de investigación cualitativa y cuantitativa así como el empleo de instrumentos que faciliten la evaluación de las percepciones de los pacientes sobre la asistencia

médica recibida junto a otras cuestiones de carácter más específico que preguntan sobre si determinados hechos se han producido durante la atención.

Los principales métodos propuestos son los siguientes:

Metodología SERVQUAL

La metodología SERVQUAL fue desarrollada por Zeithaml, Parasuraman y Berry en 1988 con el propósito de realizar un estudio preparatorio sobre la calidad de los servicios en general. Es uno de los métodos más utilizados en el sector servicios para evaluar el nivel de calidad percibida por los clientes, es uno de los instrumentos más citados en la literatura y el que mayor atención ha recibido entre las distintas disciplinas¹⁹.

Su estructura de 44 ítems, divididos en dos escalas de 22 ítems cada una, evalúa, por un lado, las expectativas del usuario sobre el servicio ideal y, por otro, las percepciones de los usuarios del servicio que han recibido finalmente. En la actualidad, SERVQUAL consta de 5 dimensiones que se utilizan para juzgar la calidad y que se reflejan en la **Tabla 1**. El resultado final se debe al cálculo de la diferencia entre las puntuaciones que los usuarios dan a los ítems correspondientes a las expectativas y las que dan a los ítems correspondientes a las percepciones. Por lo que la evaluación de la calidad del servicio se obtiene del cálculo de la diferencia entre ambas puntuaciones. (**Tabla 1**).

En España se ha utilizado SERVQUAL en el sector sanitario público y se han analizado los resultados en diferentes estudios llegando a la conclusión de que existen diversos problemas de tipo metodológico como la dificultad de medir expectativas, la dificultad de los usuarios en entender las escalas de respuesta y a la capacidad predictiva de las puntuaciones de la diferencia entre expectativas y percepciones²⁰.

Por este motivo se creó una nueva versión del cuestionario SERVQUAL para medir la calidad percibida de la atención hospitalaria adoptando el nuevo formato de respuesta sugerido por sus creadores con la intención de superar las dificultades metodológicas del cuestionario original y que se denominó SERVQHOS. Esta versión se ha construido específicamente para ser utilizada como encuesta de posthospitalización en países de habla española. Además, debería servir como herramienta práctica y útil para proponer medidas de mejora en la calidad asistencial, tanto para el gestor como para los clínicos²¹.

En base a la subjetividad del cuestionario SERVQHOS podemos distinguir dos dimensiones:

- Calidad subjetiva: difícil de ser comprobada, como la opinión del paciente, el trato recibido, la amabilidad, el interés del personal, etc.
- Calidad objetiva: susceptible de ser comprobada, como es el estado de las habitaciones, la accesibilidad, la información al paciente, etc.

El cuestionario principal consta de 19 preguntas que se agrupan en dos bloques: 10 preguntas valoran la calidad subjetiva (referente

Tabla 1. Dimensiones y preguntas del cuestionario SERVQUAL adaptado

Dimensión	Preguntas
Tangibilidad	1. La empresa tiene equipos de apariencia moderna. 2. Las instalaciones físicas de la empresa son visualmente atractivas. 3. Los empleados de la empresa tienen apariencia pulcra. 4. La apariencia de elementos materiales son adecuados al servicio que presta.
Confiabilidad	5. La empresa hace lo que ha prometido en un tiempo razonable. 6. La empresa muestra interés en solucionar el problema del cliente. 7. La empresa realiza bien el servicio la primera vez. 8. La empresa concluye el servicio en el tiempo prometido. 9. La empresa se esfuerza en mantener registros sin errores.
Responsabilidad	10. Los empleados comunican a los clientes el momento en que concluirá la prestación de un servicio. 11. Los empleados de la empresa ofrecen un servicio rápido. 12. Los empleados de la empresa están siempre dispuestos a ayudar a los clientes. 13. Los empleados están siempre dispuestos a responder las preguntas de los clientes.
Garantía	14. El comportamiento de los empleados de la empresa transmite confianza a sus clientes. 15. Los clientes se sienten seguros en sus transacciones con la empresa. 16. Los empleados de la empresa son siempre amables con los clientes. 17. Los empleados tienen conocimientos suficientes para responder a las preguntas de los clientes.
Empatía	18. La empresa de servicios da a sus clientes una atención individualizada. 19. La empresa tiene horarios de trabajo convenientes para sus clientes. 20. La empresa tiene empleados que ofrecen una atención personalizada a sus clientes. 21. La empresa se preocupa por el mejor interés de sus clientes. 22. La empresa comprende las necesidades específicas de sus clientes.

a la cortesía, empatía, capacidad de respuesta y competencia profesional) y 9 preguntas que valoran la calidad objetiva (referentes a aspectos más tangibles, tales como el estado de las habitaciones o la fiabilidad de los horarios). El paciente puntúa cada una de estas preguntas, con respuestas del tipo escala de Likert con valores que van de 1 (mucho peor de lo que esperaba) a 5 (mucho mejor de lo que esperaba). (Tabla 2).

Basados en el modelo SERVQUAL, Hernán et al elaboraron el cuestionario SERCAL, adaptado al sector sanitario, cuyo objetivo es valorar la calidad percibida por los usuarios de servicios de salud en torno a cinco dimensiones²²:

- **Accesibilidad:** transporte, aparcamiento, teléfono de atención, trámites, tiempo de en la atención, etc.
- **Confortabilidad:** estado de las instalaciones, comodidades, indicaciones, etc.
- **Servicio personalizado:** competencia del personal para atender al usuario, amabilidad, respeto, capacidad de escucha y de solucionar problemas, coordinación entre profesionales, etc.).

- **Garantía científico-técnica:** confianza, tecnología, información, seguridad, etc.

- **Fidelidad con el servicio:** disposición a volver a utilizar el servicio y a recomendarlo, etc.

El cuestionario SERCAL ha sido además adaptado y usado para la valoración de calidad percibida en diferentes áreas de la atención sanitaria como en atención primaria²³, servicio de urgencias²⁴, servicio de cirugía general²⁵ o en las unidades de CMA²⁶.

Escala de Likert.

La escala de Likert, creada en 1932 por Resin Likert, consiste en una herramienta ampliamente utilizada en la investigación social que se fundamenta en la utilización de un cuestionario compuesto por una serie de ítems que tratan de reflejar la actitud de los individuos estudiados, entendiéndose como actitud “la suma de las inclinaciones, sentimientos, prejuicios, sesgos, ideas preconcebidas, miedos, amenazas y convicciones sobre un determinado asunto”²⁷.

Tabla2. Dimensiones y aspectos valorados en el cuestionario SERVQHOS.

Dimensiones y aspectos valorados	Preguntas
Calidad Objetiva	Calidad Objetiva
Tecnología biomédica	La tecnología de los equipos médicos para diagnóstico y tratamiento ha sido
Aspecto personal	La apariencia (limpieza y uniforme) del personal ha sido
Señalización intrahospitalaria	Las indicaciones (señalizaciones) para orientarse y saber donde ir en el hospital han sido
Puntualidad de las consultas	La puntualidad en las consultas médicas ha sido
Comodidad de las habitaciones	El estado el que están las habitaciones del hospital ha sido
Información dada por el médico	La información que los médicos proporcionan ha sido
Tiempo de espera	El tiempo de espera para ser atendido por un médico ha sido
Señalización extrahospitalaria	La facilidad para llegar al hospital ha sido
Información a familiares	La información que los médicos dan a los familiares ha sido
Calidad subjetiva	Calidad subjetiva
Interés por solucionar problemas	El interés del personal por solucionar los problemas de los pacientes ha sido
Interés por cumplir promesas	El interés del personal por cumplir lo comprometido ha sido
Rapidez de respuesta	La rapidez con que consigue lo que necesita o pide ha sido
Disposición para la ayuda	La disposición del personal para ayudarle cuando lo necesita ha sido
Confiabilidad y seguridad	La confianza (seguridad) que el personal transmite a los pacientes ha sido
Amabilidad del personal	La amabilidad (cortesía) del personal en su trato con la gente ha sido
Preparación del personal	La preparación del personal (capacitación) para realizar su trabajo ha sido
Trato personalizado	El trato personalizado que se da a los pacientes ha sido
Comprensión de necesidades	La capacidad del personal para comprender las necesidades de los pacientes ha sido
Interés de enfermería	El interés del personal de enfermería por los pacientes ha sido

La escala en sí, es el resultado de la suma de las respuestas a cada ítem que a su vez miden los distintos componentes o dimensiones de la actitud. Para cada ítem de la escala el entrevistado muestra su grado de acuerdo o desacuerdo utilizando un rango de valores semánticos de tipo ordinal, que en el modelo inicial contenía cinco niveles, pero que puede extenderse a siete e incluso once niveles de respuestas. Ofrece también la posibilidad de dar un valor que denote indiferencia, así como valores que signifiquen aprobación o desaprobación. Un ejemplo de este tipo de escala sería: "1" Totalmente en desacuerdo, "2" En desacuerdo, "3" Ni en desacuerdo ni de acuerdo, "4" De acuerdo, "5" Totalmente de acuerdo.

A pesar de su uso extendido, esta escala presenta un importante inconveniente a la hora de interpretar sus resultados²⁸.

ASPECTOS QUE MÁS INFLUYEN EN LA SATISFACCIÓN DEL PACIENTE.

Analizando los artículos publicados en la literatura sobre la valoración de la satisfacción de los usuarios en diferentes áreas de la atención sanitaria, se extraen como conclusiones que los 5 aspectos mejor valorados son los siguientes^{25,26,29,30}:

- Amabilidad en el trato.
- Empatía de los profesionales.
- Información y recomendaciones al alta.
- Respeto a la intimidad de los usuarios.
- Disposición del personal para ayudar.

Por otro lado, los 5 aspectos que más se repiten como peor valorados son los siguientes:

- Lista de espera quirúrgica, que en función de su prolongación defraudó la expectativa de atención precoz y dinámica del proceso.
- Presencia de dolor postoperatorio, pues condicionó de forma importante la reintegración a la vida normal.
- Tiempo de espera para entrar en quirófano.
- Estado y antigüedad de las instalaciones.
- Acceso y disposición de aparcamientos.

En cuanto a las propuestas de mejora de aquellos aspectos que merman de una forma más evidente el grado de satisfacción del paciente se encuentran una serie de medidas tendentes a mejorar las áreas que se han encontrado más débiles durante todo el proceso asistencial^{25,26,29,30}:

- Reducir las esperas en la planta y en el antequirófano, mejorando la coordinación entre el quirófano y la planta de hospitalización.
- Mejorar el estado de las instalaciones.
- Mejorar el acceso al centro hospitalario facilitando la disponibilidad de aparcamientos.
- Potenciar las sesiones clínicas para unificar criterios en el manejo de los casos más complejos.
- Revisar las historias clínicas antes de la elaboración de los partes de quirófano para evitar la suspensión de intervenciones innecesariamente.
- Cambiar sustancialmente la dieta de los pacientes.
- Mejorar la identificación del personal sanitario y no sanitario

COMENTARIOS FINALES Y DISCUSIÓN

La satisfacción del paciente es un indicador de calidad subjetivo que depende de la educación, la cultura, los antecedentes y las expectativas o preocupaciones del mismo, lo que hace muy difícil su medición y la interpretación de los resultados.

Son múltiples los factores que contribuyen en la satisfacción del paciente, incluidos la accesibilidad y la comodidad de los servicios, la estructura institucional, las relaciones interpersonales, las competencias de salud de los profesionales y las propias expectativas o preferencias del paciente.

La revisión bibliográfica muestra la existencia de factores relacionados con un mayor grado de satisfacción del paciente sobre todo cuando conseguimos que dichas circunstancias se logren o eviten.

La mala calidad de la atención se relaciona con una menor satisfacción del paciente, sin embargo, una alta satisfacción del paciente no siempre es sinónimo de buena calidad ya que está influenciada por la percepción subjetiva del mismo.

Se sabe que, en ocasiones, las opiniones de los pacientes pueden estar sesgadas para complacer al personal y evitar las críticas al sistema por temor a represalias que puedan poner en riesgo sus futuros cuidados en dicha institución. Sólo una minoría de pacientes está dispuesta a criticar aspectos de su tratamiento y por lo tanto, los problemas son a veces subestimados. Al identificar y tratar las áreas de mejora destacadas por esta minoría, es más que probable que la calidad real mejore. Para evitar dicho sesgo, las encuestas deberán ser anónimas³¹.

Para tener resultados más completos y fiables, la retroalimentación necesita evaluar todos los aspectos de la calidad de la atención que inciden en la satisfacción del paciente como la estructura de la institución o unidad de CMA, el proceso que permite la prestación de los servicios y los resultados.

Los datos deben recogerse especialmente en dos ocasiones distintas; uno en el postoperatorio inmediato referente a los 2 primeros aspectos (estructura de la unidad de CMA y del proceso) y el otro posteriormente, alrededor de un mes, para evaluar la satisfacción global del paciente, incluido el resultado. Tener una retroalimentación real del resultado a largo plazo, al menos al año, sería lo ideal³¹.

Por lo que podemos concluir que, valorar la calidad de la atención sanitaria midiendo la experiencia de los usuarios no es una tarea fácil. En primer lugar, existe confusión entre los términos experiencia, percepción y satisfacción. En segundo lugar, los instrumentos utilizados para medir la experiencia del paciente deben demostrar de forma teórica y empírica que efectivamente lo hacen (validez). Y por último los instrumentos de medida deben conseguir resultados consistentes y reproducibles (fiabilidad) para poder usarse en la práctica real¹⁸.

BIBLIOGRAFÍA

1. Díaz R. Satisfacción del paciente: principal motor y centro de los servicios sanitarios. Rev Calidad Asistencial 2002;17(1):22-9.
2. Trabajo fin de Máster. Universidad de Oviedo. "Valoración de la satisfacción del paciente en una unidad de cirugía mayor ambulatoria y en el bloque quirúrgico" Cristina Sánchez Caballero Julio 2013.

3. Valle MT, López MC, Manera I, Zazo MT, Expósito A. Estudio del grado de satisfacción de los pacientes intervenidos en cirugía mayor ambulatoria en un periodo de seis meses. *CIR MAY AMB* 2011; 16 (4):164-167.
4. Sala A, Granero P, Motalvá E, Maupoey et al. Evaluación de la seguridad y satisfacción de los pacientes en un programa de colecistectomía laparoscopia ambulatoria con criterios expandidos. *CIR. ESP.* 2019;97(1):27-33.
5. Donabedian A. The quality of care: How can it be assessed? *JAMA* 1988;260:1743-48.
6. Ware JE, Snyder MK, Wright WR, Davies AR. Defining and measuring patient satisfaction with medical care. *Eval Program Plann.* 1983;6:247-63.
7. Linder-Pelz S. Toward a theory of patient satisfaction. *Soc Sci Med.* 1982;16:577-82.
8. Rodríguez E, Ruiz PM. Satisfacción del paciente y calidad percibida. Encuestas de satisfacción. En Aguiló J, Soria V, (Eds), Manual "Gestión Clínica en Cirugía" 2ª Edición, Guías clínicas de la Asociación Española de Cirujanos. Pag 253-262. Editorial Aran 2016.
9. Tesis doctoral: detección de efectos adversos e incidentes en cirugía mayor ambulatoria. Seguridad y calidad percibida en usuarios de cirugía sin ingreso. Cristobalina Martín García.
10. Ilioudi S, Lazakidou A, Tsironi M. Importance of Patient Satisfaction Measurement and Electronic Surveys: Methodology and Potential Benefits. *International Journal of Health Research and Innovation.* 2013;1(1), 67-8.
11. Raftopoulos, B., (2002), Evaluation of the elderly patient satisfaction with the quality of care provided, in greek, PhD Thesis, University of Athens, Faculty of Health Sciences, Department of Nursing, Athens.
12. Papanikolaou V, Ntani Sp. Addressing the paradoxes of satisfaction with hospital care. *Int J Health Care Qual Assur.* 2008;21(6):548-61.
13. Hernández Meca ME, Ochando García A, Mora Canales J, Lorenzo Martínez S, López Revuelta K. Satisfacción del paciente en una unidad de hemodiálisis: objetivo de calidad asistencial en enfermería. *Rev Soc Esp Enferm Nefrol* 2005; 8 (2):90-96.
14. Hawthorne G. Review of patient satisfaction measures. Canberra, Australia: Australian Government Department of Health and Ageing; 2006.
15. Tasso K, Behar-Horenstein LS, Aumiller A, Gamble K, Grimaudo N, Guin P, et al. Assessing patient satisfaction and quality of care through observation and interview. *Hosp Top.* 2002;80(3): 4-10.
16. Franklin B, Osborne H. Research methods: Issues and insights. Belmont, CA: Wadsworth; 1971.
17. Mira JJ, Aranaz J. La satisfacción del paciente como una medida de la atención sanitaria. *Med Clin-Barcelona.* 2000;114:26-33.
18. Beattie M, Lauder W, Atherton I, Murphy DJ. Instruments to measure patient experience of health care quality in hospitals: a systematic review protocol. *Systematic Reviews.* 2014;3(1):1-8.
19. Parasuraman A, Zeithaml VA, Berry L. SERVQUAL: A Multiple- Item scale for measuring consumer perceptions of service quality. *J Retail.* 1988;64 (1):12-40.
20. Saleh F, Ryan C. Analysing service quality in the hospital industry using SERVQUAL model. *Serv Ind J.* 1991;11:324-343.
21. Mira JJ, Aranaz J, Rodríguez-Marín J, Buil JA, Castell M, Vitaller J. SERVQHOS: un cuestionario para evaluar la calidad percibida de la asistencia hospitalaria. *Med Prevent.* 1998;4:12-18.
22. Hernán M, Jiménez JM, March JC, Silió F. Calidad percibida por los clientes del Hospital Costa de Sol. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública; 1996.
23. Hernán M, Gutiérrez JL, Lineros C, Ruiz C, Rabadán A. Los pacientes y la calidad de los servicios de atención primaria de salud. Opinión de los profesionales de los centros de salud de la Bahía de Cádiz y La Janda. *Aten Primaria.* 2002;30(7):425-434.
24. Gea MT, Hernán GM, Jiménez MM, Cabrera A. Opinión de los usuarios sobre la calidad del servicio de urgencias del Centro Médico-Quirúrgico del Hospital Virgen de las Nieves. *Rev Calid Asist.* 2001;16(1):37-44.
25. Carvajal J, García de Sanjosé S, Márquez M, Hernández I, Martín-García M, Cerquella CM. Valoración de la satisfacción de los pacientes intervenidos de vesícula biliar por laparoscopia en un servicio de cirugía general. *Rev Calid Asist.* 2008;23(4):164-169.
26. García A, Docobo F, Mena J, Cárave A, Vázquez J, Durán I. Índices de satisfacción y calidad percibida en una unidad de cirugía mayor ambulatoria de un hospital de tercer nivel. *Rev Esp Enf Dig.* 2003;95(12):851-856.
27. Likert R. A technique for the measurement of attitudes. *Archives of Psychology.* 1932;140:5-55.
28. Maurer J, Pierce HR. A comparison of Likert scale and traditional measures of self-efficacy. *J Appl Psychol.* 1998; 83:324-329.
29. Valle Vicente, MT; López Fresneña, MC; Manera Ceñal, I; Zazo León, MT; Expósito Camino, A. Estudio del grado de satisfacción de los pacientes intervenidos en cirugía mayor ambulatoria en un periodo de seis meses. *Cir may amb.* 2011; 16(4): 164-167.
30. Miguel-Ibáñez, Ricardo de; Nahban-al Saied, Saif Adeen; Alonso-Vallejo, Javier; Escribano Sotos, Francisco. Resultados de satisfacción y calidad de vida percibida en pacientes intervenidos de hernia primaria de pared abdominal. *Cir Esp.* 2015; 93(10): 658-664.
31. Lemos P, Margarida A. Patient Outcomes and Clinical Indicators for Ambulatory surgery. *Day Surgery-Development and Practice.* 2006; 12:257-280.