



**DEFINICIÓN DE UN MODELO DE
EVALUACIÓN CONTINUADA DE LA
SATISFACCIÓN DE LOS
CIUDADANOS CON LOS SERVICIOS
DEL SISTEMA REGIONAL DE SALUD**

ÍNDICE

I.- INTRODUCCIÓN	4
II.- OBJETIVOS DEL ESTUDIO	6
III.- METODOLOGÍA	9
Fase I. Diseño y planificación del estudio.	11
Fase II. Metodología de gabinete: análisis de estándares y estudios realizados.	11
Fase III. Metodología cualitativa: entrevistas en profundidad.	11
Fase IV. Consultoría operativa: diseño del modelo de evaluación	12
Fase V. Metodología cualitativa: grupos de trabajo	12
Fase VI. Planificación temporal de acciones y estudios.	13
Fase VII. Análisis de costes.	13
Fase VIII. Elaboración de documentos de resultados.	13
Consideraciones metodológicas.....	14
IV.- ÁREAS DE ESTUDIO.....	16
V.- MODELO DE EVALUACIÓN CONTINUA DE LA SATISFACCIÓN DE LOS CIUDADANOS CON LOS SERVICIOS SANITARIOS.....	19
1. ATENCIÓN PRIMARIA	20
1.1. OBJETIVOS DE INFORMACIÓN	21
1.3. DISEÑO MUESTRAL	42
1.4. HERRAMIENTAS DE RECOGIDA DE INFORMACIÓN	51
2. ATENCIÓN ESPECIALIZADA	64
2.1. OBJETIVOS DE INFORMACIÓN	65
2.2. TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN	68
2.3. DISEÑO MUESTRAL	83
2.5. DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO DE CAMPO.....	87
2.6. DEFINICIÓN DEL PROCESO DE EXPLOTACIÓN ESTADÍSTICA	100
3. EMERGENCIAS SANITARIAS ATENDIDAS A TRAVÉS DEL 112	102
3.1. OBJETIVOS DE INFORMACIÓN.....	103
3.2. TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN	105
3.3. DISEÑO MUESTRAL	109
3.4. HERRAMIENTA DE RECOGIDA DE INFORMACIÓN	110
3.5. DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO DE CAMPO.....	111
3.6. DEFINICIÓN DEL PROCESO DE EXPLOTACIÓN ESTADÍSTICA	115
4. TRANSPORTE SANITARIO PROGRAMADO	117
4.1. OBJETIVOS DE INFORMACIÓN.....	118
4.2. TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN	119

4.3. DISEÑO MUESTRAL	122
4.4. HERRAMIENTA DE RECOGIDA DE INFORMACIÓN	123
4.5. DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO DE CAMPO.....	124
4.6. DEFINICIÓN DEL PROCESO DE EXPLOTACIÓN ESTADÍSTICA	128
5. QUEJAS Y RECLAMACIONES.....	130
5.1. OBJETIVOS DE INFORMACIÓN.....	131
5.2. TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN	133
5.3. DEFINICIÓN DEL PROCESO DE EXPLOTACIÓN ESTADÍSTICA	135
6. OTRAS PRESTACIONES COMPLEMENTARIAS	136
6.1. OBJETIVOS DE INFORMACIÓN.....	137
7. COLECTIVOS ESPECÍFICOS.....	139
7.1. OBJETIVOS DE INFORMACIÓN.....	140
8. POBLACIÓN GENERAL.....	145
8.1. OBJETIVOS DE INFORMACIÓN.....	146
8.2. TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN	147
8.3. DISEÑO MUESTRAL	149
PRIMER DISEÑO MUESTRAL	149
SEGUNDO DISEÑO MUESTRAL	152
8.4. HERRAMIENTAS DE RECOGIDA DE INFORMACIÓN.....	154
8.5. DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO DE CAMPO.....	155
8.6. DEFINICIÓN DEL PROCESO DE EXPLOTACIÓN ESTADÍSTICA	158

I.- INTRODUCCIÓN

La calidad en la asistencia sanitaria es un valor muy apreciado por los usuarios, familiares y por la sociedad en general, al contribuir a uno de los aspectos clave en la vida de cualquier persona: **la salud**.

Desde la Administración Pública, se están adoptando en todos los ámbitos medidas y actuaciones de cara a conocer los niveles de calidad y satisfacción de la sociedad en general con los diferentes servicios sanitarios, y poder así establecer nuevas medidas para mejorar su funcionamiento.

En general, la mejora de la calidad ha sido contemplada como una actividad más del Sistema Sanitario, articulada en objetivos que se evaluaban de forma independiente al resto de objetivos de las Instituciones.

Sin embargo, con la actual tendencia en la gestión de la calidad se tiende a adoptar un Modelo de Evaluación de la Calidad, de forma que todas las actividades de la organización estén orientadas a recoger la opinión de los usuarios y potenciales usuarios, a obtener mejores resultados y a alcanzar un nivel de excelencia en la prestación de los servicios.

Desde la Dirección General de Planificación y Ordenación de la Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León se desea crear un Modelo de Evaluación continua de la calidad de los servicios sanitarios que comprende el Sistema Regional de Salud, que ayude a conocer los niveles de satisfacción de la sociedad con el servicio y permita observar su evolución en el tiempo y adoptar medidas para mejorar la calidad.

En el presente informe se recoge el Modelo diseñado, apoyado en la opinión de expertos de cada una de las áreas estudiadas, y detallando las características y procesos de los distintos estudios que componen el modelo.

II.- OBJETIVOS DEL ESTUDIO

El objetivo general de este proyecto es diseñar un MODELO que permita una evaluación continua de la satisfacción de los ciudadanos, tanto usuarios como familiares y población general, en la medida en que todo ciudadano es un usuario potencial respecto a los servicios asistenciales del conjunto del Sistema Regional de Salud.

Este objetivo se desglosa en los siguientes objetivos específicos:

- δ Conocer en profundidad los servicios ofrecidos por cada una de las áreas asistenciales del Sistema Regional de Salud y las vinculaciones entre los mismos.
- δ Definir los indicadores de análisis en cada área asistencial.
- δ Decidir los estudios a realizar en cada área asistencial de acuerdo con los indicadores de análisis definidos.
- δ Definir las técnicas metodológicas a utilizar para cada uno de los estudios descritos.
- δ Describir las variables y dimensiones concretas a recoger en los distintos estudios, de cara a cubrir los objetivos de información planteados.
- δ Diseñar las herramientas de recogida de información a utilizar en cada estudio: cuestionarios, fichas de recogida de datos, etc.
- δ Diseñar la muestra y los métodos de selección de unidades muestrales a aplicar para cada estudio definido.
- δ Describir los procesos metodológicos a seguir para la realización del trabajo de campo de cada estudio.
- δ Definir el proceso de explotación de resultados a desarrollar en cada estudio, en función de las características de los datos recogidos en el mismo.
- δ Planificar temporalmente la totalidad de los estudios definidos y sus correspondientes actividades.
- δ Analizar los costes aproximados asociados a los distintos estudios.

- δ Redactar un documento que recoja todos los estudios definidos, sus características y los procesos asociados a los mismos, formando el Modelo de Evaluación Continua de la Satisfacción de los ciudadanos con el conjunto del sistema Regional de Salud.

III.- METODOLOGÍA

Para dar respuesta a los objetivos descritos se ha diseñado el Modelo de Evaluación Continua de la Satisfacción de los ciudadanos con el Sistema Regional de Salud, llevando a cabo el siguiente proceso metodológico:

Cuadro 1. Metodología seguida



Fase I. Diseño y planificación del estudio.

En esta fase se llevaron a cabo varias reuniones entre Telecyl Estudios y la D.G. de Planificación y Ordenación de la Consejería de Sanidad para delimitar las áreas de estudio concretas a abordar en el Modelo, sus particularidades y los aspectos más relevantes a tener en cuenta a la hora de plantear el diseño del Modelo de Evaluación.

Fase II. Metodología de gabinete: análisis de estándares y estudios realizados.

Una vez abordado el proceso de preparación del estudio se inició un análisis de toda la documentación secundaria disponible sobre los estudios realizados por distintos organismos en el ámbito sanitario.

La D.G. de Planificación y Ordenación facilitó parte de la documentación consultada relativa fundamentalmente a estudios de satisfacción de servicios sanitarios, legislación y funcionamiento del Sistema, al tiempo que Telecyl Estudios llevó a cabo una búsqueda exhaustiva de información secundaria relacionada con las distintas áreas de estudio.

Esa fase fue desarrollada y retroalimentada a lo largo de todo el diseño del Modelo.

Fase III. Metodología cualitativa: entrevistas en profundidad.

En la tercera fase de la investigación, se aplicó una metodología cualitativa con la realización de 23 entrevistas en profundidad a responsables y a profesionales de las áreas asistenciales objeto de estudio.

Inicialmente se propuso desde la D.G. de Planificación y Ordenación la realización de dos entrevistas a representantes de asociaciones de consumidores y usuarios. Telecyl Estudios se puso en contacto con dos asociaciones y, después de realizar numerosas llamadas durante tres semanas para localizar a los responsables, las asociaciones no mostraron disposición a concertar una cita para realizar las entrevistas por lo que se trató de localizar otra asociación con idénticos resultados y, finalmente, tras la consulta y aprobación de la D.G. de Planificación y Ordenación, se optó por no realizar estas entrevistas.

Fase IV. Consultoría operativa: diseño del modelo de evaluación

Tras la recopilación de la información se planteó el diseño del modelo de evaluación en función de las distintas áreas de estudio: Atención Primaria, Atención Especializada (consultas externas, urgencias hospitalarias y hospitalización), Emergencias Sanitarias atendidas a través del 112, Transporte Sanitario programado, quejas y reclamaciones, otras prestaciones complementarias, colectivos específicos, y población general.

Fase V. Metodología cualitativa: grupos de trabajo

Esta fase se fue desarrollando de forma simultánea a la anterior, de tal forma que, a medida que se completaba el diseño del Modelo para cada área, se realizaba el análisis y aprobación del mismo en los grupos de trabajo.

- En primer lugar, se revisó el Modelo en un grupo mixto formado por la D.G. de Planificación y Ordenación y Telecyl Estudios.
- En segundo lugar, el Modelo revisado fue analizado y aprobado en un grupo de trabajo interno de la D.G. de Planificación y Ordenación.

Fase VI. Planificación temporal de acciones y estudios.

Para cada una de las investigaciones se propone el momento temporal en el que puede llevarse a cabo y su duración aproximada.

Fase VII. Análisis de costes.

El diseño del Modelo se completó con un análisis de costes para cada investigación propuesta.

Fase VIII. Elaboración de documentos de resultados.

La última fase del estudio consistió en la elaboración de los siguientes documentos de resultados:

- Informe de diseño del Modelo de Evaluación.
- Informe con todas las herramientas de recogida de información.
- Cuadro de mando con los indicadores de gestión.
- Informe con los resultados de los pretests realizados.
- Cd con todos los documentos grabados.

Consideraciones metodológicas

El diseño del presente modelo ha tenido en cuenta de modo especial lo siguiente:

- Garantizar la continuidad de las series existentes en cada área hasta el momento.
- Obtener indicadores homogéneos entre áreas que permitan una valoración global del sistema ofreciendo una visión de conjunto.

A este respecto, cabe señalar que se han respetado en lo posible las herramientas de recogida de información utilizadas hasta el momento y, basándose en ellas, se han realizado las mejoras oportunas para adaptarla al momento actual e incluir aquellos aspectos considerados importantes para la obtención de indicadores útiles en la gestión y mejora de la calidad del Sistema.

Estas herramientas se encuentran recogidas en el anexo 1 del Modelo y en cada una de ellas se han marcado en color azul las preguntas que son iguales a las incluidas en encuestas que se han realizado en años anteriores.

Por otro lado, para la desagregación de los datos en función del tamaño del municipio de residencia se propuso desde la D.G. de Planificación y Ordenación una clasificación que aúna, tanto el tamaño poblacional de los municipios, como el nivel de acceso de su población a los servicios ofertados dentro del Sistema Regional de Salud.

Esta clasificación inicial comprende los siguientes intervalos:

1. Municipios de más de 20.000 habitantes (con hospital).
2. Municipios de entre 10.000 y 20.000 habitantes.
3. Municipios de entre 5.000 y 10.000 habitantes.
4. Municipios de entre 1.000 y 5.000 habitantes.
5. Municipios de menos de 1.000 habitantes.

No obstante, para realizar la explotación de los datos se propone la utilización de una clasificación agrupada en los siguientes intervalos:

1. Municipios de más de 20.000 habitantes o con hospital.
2. Municipios de entre 1.000 y 20.000 habitantes.
3. Municipios de menos de 1.000 habitantes.

Los municipios de entre 1.000 y 20.000 habitantes disponen normalmente con Centro de Salud y los de menos de 1.000 habitantes sólo cuentan con consultorio local.

Dentro de la clasificación por tamaño del municipio existen distintas excepciones en cuanto al grado de acceso de su población a los servicios del sistema.

En el caso de municipios de menos de 20.000 habitantes que cuentan con hospital, se localizan tres excepciones: Medina del Campo, Béjar y Benavente, que se incluyen en el primer intervalo.

En las demás agrupaciones no se han considerado las excepciones, dado que los municipios de entre 1.000 y 20.000 habitantes que no cuentan con Centro de Salud se localizan habitualmente cerca de un municipio de mayor tamaño y su población cuenta con un nivel de servicios superior al de los municipios con consultorio local.

IV.- ÁREAS DE ESTUDIO

Para facilitar el análisis y presentación del Modelo de Evaluación de la Satisfacción se han agrupado los servicios prestados en nueve áreas de estudio. Estas áreas se han estudiado de forma independiente con el fin de obtener las herramientas de análisis y estudio a incluir en el Modelo, pero teniendo en cuenta siempre la coordinación interniveles y los nexos entre las distintas áreas.

Las áreas de estudio sobre las que se ha trabajado son las siguientes:

1. Atención Primaria.
2. Atención Especializada, incluyendo consultas externas, urgencias hospitalarias y hospitalización.
3. Emergencias Sanitarias atendidas a través del 112, incluyendo transporte urgente.
4. Transporte Sanitario programado.
5. Quejas y reclamaciones.
6. Otras prestaciones complementarias.
7. Colectivos específicos.
8. Población general.

Cuadro 2. Resumen de las técnicas que componen el modelo

Áreas de Análisis	Investigaciones a aplicar				
BARÓMETRO DE OPINIÓN SOBRE EL SISTEMA SANITARIO	Encuesta de Satisfacción a los Potenciales Usuarios del Sistema Regional de Salud		...	...	...
ATENCIÓN PRIMARIA	Encuesta de Satisfacción a los Usuarios	Medición de Tiempos de Espera y Atención	Observación de Instalaciones	Encuesta de Satisfacción: Atención a Domicilio Programada	Observación Directa del Facultativo: Paciente Misterioso (Planteamiento Metodológico)
ATENCIÓN ESPECIALIZADA	Encuesta de Satisfacción a los Usuarios: <input type="checkbox"/> Hospitalización (general, obstétrica y pediátrica) <input type="checkbox"/> Consultas Externas <input type="checkbox"/> Urgencias	Medición de Tiempos de Espera y Atención: <input type="checkbox"/> Consultas Externas Medición de Tiempos de Espera: <input type="checkbox"/> Urgencias Hospitalarias	Observación de Instalaciones	...	...
TRANSPORTE SANITARIO PROGRAMADO	Encuesta de Satisfacción y de Medición de Tiempos de Espera a los Usuarios de este servicio.	...	...	...	...
EMERGENCIAS SANITARIAS ATENDIDAS A TRAVÉS DEL 112	Encuesta de Satisfacción a los Usuarios	...	...	...	...
QUEJAS Y RECLAMACIONES	Investigación Secundaria + Explotación concreta del Barómetro	Encuesta Monográfica en Barómetro de Opinión (según Demanda)	...	...	...
PRESTACIONES COMPLEMENTARIAS	Encuesta de Satisfacción a los Usuarios (Planteamiento Metodológico)	...	...	...	...
COLECTIVOS ESPECÍFICOS	Encuesta de Satisfacción a los Usuarios (Planteamiento Metodológico)	...	...	...	...

V.- MODELO DE EVALUACIÓN CONTINUA DE LA SATISFACCIÓN DE LOS CIUDADANOS CON LOS SERVICIOS SANITARIOS

1. ATENCIÓN PRIMARIA

1.1. OBJETIVOS DE INFORMACIÓN

En el área de Atención Primaria se distinguen ocho líneas de servicios:

- **Consultas:** engloban por un lado, las consultas de los facultativos, ya sean de medicina de familia o de pediatría, y, por otro, las consultas de enfermería.
- **Atención a domicilio a demanda.**
- **Atención a domicilio programada.**
- **Atención a la urgencia.**
- **Fisioterapia.**
- **Consulta de matrona.**
- **Odontología.**
- **Salud mental.**

El objetivo general dentro de esta área consiste en conocer el nivel de satisfacción de los usuarios con los servicios de Atención Primaria; objetivo que se concreta en:

- Conocer la opinión de los usuarios sobre la calidad percibida en la prestación de la asistencia sanitaria.
- Conocer los tiempos de espera de los pacientes con cita previa informatizada.
- Conocer el tiempo medio de atención en consulta.
- Evaluar el estado de las instalaciones de los centros de salud.
- Evaluar la idoneidad de la señalización en los centros de salud.
- Evaluar la accesibilidad en los centros de Atención Primaria.

En la traducción de los objetivos planteados a indicadores concretos se ha partido del itinerario que sigue un usuario dentro del circuito de servicios de Atención Primaria, para, a continuación, establecer en cada fase, los principales factores determinantes del nivel de satisfacción de los usuarios con los servicios prestados.

Cuadro 3. Proceso que sigue un usuario en Atención Primaria



1.2. TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN

Para medir los indicadores recogidos en el cuadro anterior y dar así respuesta a los objetivos planteados, se plantean cinco técnicas de investigación que pretenden medir la calidad subjetiva o percibida, la calidad objetiva o suministrada y la coordinación interniveles.

La **frecuencia** propuesta es **anual** para todas las técnicas, debido a que esta periodicidad permite realizar comparaciones interanuales de los indicadores y obtener una visión de la evolución de la satisfacción de los usuarios.

Aplicar las distintas técnicas con una frecuencia mayor resultaría ineficaz, puesto que no es de esperar que los indicadores a medir experimenten variaciones significativas en periodos inferiores a un año.

Las técnicas propuestas para esta área de estudio son las siguientes:

1. Encuesta de Satisfacción de los Usuarios con los servicios de Medicina de Familia y Pediatría.
2. Encuesta para el Cálculo del Índice Sintético de Satisfacción de los Usuarios con los servicios de Atención Primaria.
3. Evaluación de Tiempos de Espera y Atención en las Consultas de Medicina de Familia y Pediatría.
4. Encuesta telefónica monográfica sobre otros servicios de Atención Primaria.
5. Observación directa de las Instalaciones Sanitarias del área asistencial de Atención Primaria.
6. Paciente Ficticio o Paciente Misterioso.

Técnica 1: Encuesta de Satisfacción de los Usuarios con los servicios de Medicina de Familia y Pediatría.

El objeto de esta técnica es conocer la **opinión de los usuarios sobre la calidad percibida** en la prestación de la asistencia sanitaria en las especialidades de Medicina de Familia y Pediatría.

Dado el carácter global del presente Modelo se ha diseñado una encuesta susceptible de ser aplicada, tanto en centros de salud como en consultorios, proponiéndose la aplicación de las encuestas de forma personal a los usuarios de centros de salud y de forma telefónica a usuarios de consultorios locales.

De esta forma se amplía la población encuestada, incluyendo a los usuarios residentes en localidades con consultorio médico, que en otras ediciones de la Encuesta de Satisfacción sólo eran encuestados cuando se encontraban en su centro de salud asignado durante el periodo de realización del trabajo de campo.

La recogida de la opinión de este grupo poblacional es especialmente importante en Castilla y León por tratarse de una Comunidad con numerosos municipios que cuentan con poca población y bastante envejecida.

En los centros de salud se realizarán, por tanto, **encuestas de carácter personal**, a través de encuestadores correctamente formados para la aplicación de las mismas.

La unidad estadística a investigar es el usuario atendido en una consulta de medicina de familia o pediatría de un centro con servicio de cita previa informatizada.

La encuesta se lleva a cabo en la entrada del centro de salud a los usuarios que salen de la consulta de su médico de familia, pediatra o enfermera y abarca el ámbito de las 11 gerencias de Atención Primaria.

En el caso en que el usuario / paciente sea menor de 16 años o no se encuentre capacitado para responder, la encuesta podrá ser realizada a sus tutores o personas delegadas, como representantes del paciente.

La técnica de recogida de información a través de encuesta permite conocer la valoración que hacen los usuarios de los servicios y la atención recibida. Se trata, pues, de obtener una visión subjetiva pero directa de la calidad percibida por los usuarios.

Respecto al tipo de técnica a utilizar para la recogida de información, es importante mencionar que, a priori, tanto la encuesta personal como la telefónica son aplicables en este caso.

Tras considerar la aplicación de ambas en posibles situaciones que se pueden dar en el proceso de asistencia sanitaria en el área de Atención Primaria, se opta por la **encuesta personal** en los centros de salud, por los siguientes motivos:

- Asegura un mínimo lapso entre la recepción del servicio y la realización de la encuesta. De este modo, la información que se obtiene es más actualizada y se evita a los usuarios que tengan que hacer una labor reflexiva temporal.
- Facilita la comprensión y la colaboración de los encuestados al aplicar la encuesta mediante encuestadores personales.

- Permite la utilización de material de apoyo como tarjetas de consulta en las preguntas con muchos ítems a valorar.

Para entrevistar a los usuarios de consultorios locales se optará por la aplicación telefónica de la encuesta, reduciendo su extensión para ajustarla a la duración máxima que permiten las encuestas telefónicas. Los motivos que justifican esta aplicación diferenciada de la encuesta son las dificultades de aplicar la encuesta de forma personal en los consultorios locales por lo siguiente.

- Los consultorios locales son muy numerosos y se encuentran repartidos por toda la Comunidad, por lo que su dispersión geográfica es muy alta.
- Los horarios de los consultorios no son homogéneos, es decir, no todos abren todos los días de la semana ni durante las mismas horas.
- Además el número de horas que atienden está en función de la demanda que exista cada día que no puede conocerse a priori porque no funcionan con sistema de citas.

Estas particularidades hacen que encuestar al mismo número de usuarios y en el mismo número de localidades de forma personal suponga un coste mucho mayor, temporal y económico, que hacerlo por teléfono.

En este caso la unidad estadística de investigación serán los usuarios de 16 o más años que han acudido a su consultorio médico en alguna ocasión durante el último trimestre.

**ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS CON LOS SERVICIOS
DE MEDICINA DE FAMILIA Y PEDIATRÍA**

Técnicas a utilizar: Encuesta personal en los centros de salud.
Encuesta telefónica a usuarios de consultorio local.

Ámbito geográfico de estudio: Castilla y León.

Universo de estudio: Usuarios atendidos en las consultas de medicina (medicina de familia y pediatría) y enfermería de Atención Primaria durante el último año.

Unidad informante: Usuario (de 16 o más años o adulto que acompaña al usuario menor) que sale de una consulta de medicina o enfermería de Atención Primaria.
Usuario (de 16 o más años) que ha acudido en alguna ocasión a su consultorio durante el último trimestre.

Muestreo: Muestreo aleatorio estratificado con afijación por conveniencia por área de Atención Primaria y afijación proporcional por tamaño del municipio y especialidad médica (medicina de familia y pediatría).

Tamaño de la muestra: 4.303 encuestas.

Margen de error: +/- 1,5% para datos globales con un nivel de confianza del 95,5% en condiciones normales de muestreo ($\sigma = 2$, $p = q = 0,5$).

Periodicidad: Anual.

Técnica 2: Encuesta para el Cálculo del Índice Sintético de Satisfacción de los Usuarios con los Servicios de Atención Primaria

El **objeto del cálculo del Índice Sintético de Satisfacción** es obtener una medida única del grado de satisfacción de los usuarios con los servicios de Atención Primaria, atendiendo a la valoración de las diferentes dimensiones en su centro de salud, ponderadas por la importancia que atribuyen a cada una de ellas.

La encuesta diseñada para el cálculo del Índice recoge el grado de importancia que conceden los usuarios a los distintos indicadores que se emplean en su cálculo.

El presente Modelo pretende mantener el Índice Sintético de Satisfacción por tratarse de una herramienta de gestión muy importante con una larga serie histórica. No obstante, dada la intención innovadora y global del Modelo de Evaluación de la Satisfacción y buscando facilitar la obtención de la información y mejorar la aplicación de la misma, se propone la obtención de un nuevo índice de satisfacción que podría sustituir el actual y evitar en próximas ediciones la necesidad de realizar esta segunda encuesta específica.

Para configurar este nuevo índice se propone realizar una regresión tomando la satisfacción global como variable independiente y como variables dependientes la satisfacción con cada aspecto particular medido en la Encuesta de Satisfacción a Usuarios.

A partir de esta regresión se obtienen los aspectos más influyentes en la configuración de la satisfacción global de los usuarios y se puede representar en un mapa de satisfacción – importancia los distintos aspectos analizados.

El Índice Global de Satisfacción se calcula ponderando las respuestas de satisfacción de cada aspecto valorado con la importancia calculada previamente.

**ENCUESTA PARA EL CÁLCULO DEL ÍNDICE SINTÉTICO DE
SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS CON LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN
PRIMARIA**

Técnica a utilizar: Encuesta personal en los centros de salud.

Ámbito geográfico de estudio: Castilla y León.

Universo de estudio: Usuarios atendidos en las consultas de medicina (medicina de familia y pediatría) y enfermería de Atención Primaria durante el último año.

Unidad informante: Usuario (de 16 o más años o adulto que acompaña al usuario menor) que sale de una consulta de medicina o enfermería de Atención Primaria.

Muestreo: Muestreo estratificado con afijación uniforme por área de Atención Primaria y afijación proporcional dentro de cada área por tamaño del municipio y especialidad médica.

Tamaño de la muestra: 440 encuestas.

Margen de error: +/- 4,8% para datos globales con un nivel de confianza del 95,5% en condiciones normales de muestreo ($\sigma = 2$, $p = q = 0,5$).

Periodicidad: Anual.

Técnica 3. Medición de los Tiempos de Espera y Atención en las consultas de Medicina de Familia y Pediatría

El objetivo general de esta investigación es **conocer los tiempos medios de espera** de los usuarios hasta ser atendidos por los facultativos en las consultas de Atención Primaria (medicina de familia y pediatría), así como los **tiempos medios de atención en consulta** (tiempo dedicado a cada paciente).

Estas mediciones se realizarán únicamente en los centros de salud con servicio de cita previa informatizada.

La unidad estadística a investigar es el usuario atendido en una consulta de medicina de familia o pediatría de un centro con servicio de cita previa informatizada.

La técnica de recogida de información a utilizar será la **observación transversal directa**.

Para medir los tiempos de espera de los usuarios / pacientes hasta entrar en la consulta del facultativo y el tiempo medio de atención del mismo por consulta, el método de observación se estima el más idóneo por los siguientes motivos:

- Mínima o nula intervención del observador en la medición. El observador no se comunicará con los facultativos ni con los usuarios, por tanto no intervendrá en su forma de actuar en cuanto a los tiempos de espera y atención.
- Imposibilidad de cansar o molestar al fenómeno observado: el observador no tendrá que solicitar la colaboración de facultativos ni usuarios, y por tanto no estarán implicados en el estudio.

- La exactitud y objetividad de la información obtenida: los datos recogidos reflejarán la realidad en el mismo momento en que se produce.

Una vez definido el número de facultativos a evaluar por estrato (tipo de consulta, área de Atención Primaria y tamaño del municipio), se seleccionarán de forma aleatoria las consultas en las que se realizará la medición.

La duración del trabajo de campo será de **una semana**, de lunes a viernes, realizando el máximo número de observaciones cada uno de los 5 días.

Tomar las mediciones durante días alternos puede conducir a un sesgo en los datos por la influencia de aspectos circunstanciales y para evitar este sesgo **la medición se realizará varios días consecutivos**.

Los **horarios de observación** se ajustarán a los horarios de las consultas de los facultativos a evaluar.

La fecha exacta de medición se concretará durante la fase de planificación del proyecto, considerando siempre los plazos previstos por la D.G. de Planificación y Ordenación de la Consejería de Sanidad.

**EVALUACIÓN DE LOS TIEMPOS DE ESPERA Y ATENCIÓN EN LAS
CONSULTAS DE MEDICINA DE FAMILIA Y PEDIATRÍA**

Técnica a utilizar: Observación transversal directa

Ámbito geográfico de estudio: Castilla y León.

Universo de estudio: Usuarios atendidos en las consultas de medicina de familia y pediatría de Atención Primaria durante el último año.

Unidad informante: usuario atendido en consulta de *Medicina de Familia y Pediatría* que disponen del servicio de cita previa informatizada.

Muestreo: Muestreo aleatorio simple o sistemático entre los facultativos para cada estrato (área de Atención Primaria, ámbito y especialidad médica).

Tamaño de la muestra: Se realizarán mediciones en 205 consultas: 142 de medicina de familia y 63 de pediatría. (1.025 jornadas de medición).

Margen de error: 6,7% para datos globales con un nivel de confianza del 95,5% en condiciones normales de muestreo ($\sigma = 2$, $p = q = 0,5$).

Periodicidad: Anual.

Técnica 4. Encuesta telefónica monográfica sobre otros servicios de Atención Primaria

El objetivo general de esta investigación es poder **conocer la opinión de los usuarios** del sistema sanitario público autonómico, **sobre los distintos servicios que ofrece el área asistencial de Atención Primaria.**

Se propone la investigación y el análisis de un tema monográfico distinto cada año de medición. Los servicios sanitarios que podrían analizarse son:

- Atención a domicilio programada.
- Fisioterapia.
- Matrona.
- Salud bucodental.
- Salud mental.

En esta ocasión se propone el estudio de la satisfacción de los usuarios del Servicio de Atención a Domicilio Programada.

La **unidad estadística a investigar** es la población usuaria de este servicio de 16 o más años residente en Castilla y León.

La técnica de recogida de información a utilizar será **la encuesta telefónica asistida por ordenador** a través de un encuestador correctamente formado para tal efecto.

Respecto al tipo de técnica a utilizar, tanto la encuesta personal como la telefónica podrían aplicarse para la realización del estudio monográfico.

Aunque en el caso concreto de la Encuesta de Satisfacción a usuarios del servicio de Atención a Domicilio Programada se opta por la **encuesta telefónica asistida por ordenador** por los siguientes motivos:

- Se trata de una técnica de **rápida ejecución** que permite dirigirse con precisión a los colectivos de usuarios o cuidadores / tutores de los usuarios del servicio analizado.
- Al tratarse de **servicios concretos** (al contrario que las consultas asistenciales de médicos de familia y pediatría), la asiduidad del número de usuarios de los mismos variará en función de la demanda, lo que puede originar que el trabajo de recogida de información, en el caso de aplicar la encuesta personal sea más dilatado en el tiempo, que si se utiliza la encuesta telefónica sobre el listado de usuarios de los distintos servicios.
- La encuesta telefónica asistida por ordenador, es especialmente adecuada para el caso de la “atención a domicilio programada”, ya que de otra forma, sería prácticamente **imposible localizar a los usuarios** o familiares del usuario de estos servicios.

Respecto a la **periodicidad** de aplicación de esta investigación, se propone realizar la encuesta de forma anual, aunque en cada ocasión se investigue un colectivo diferente por lo que la frecuencia de análisis de cada servicio será menor, fijándose en cada caso el período plurianual de estudio que se considere más adecuado, en función de los indicadores a medir y su variación en el tiempo.

**ENCUESTA TELEFÓNICA MONOGRÁFICA SOBRE OTROS SERVICIOS DE
ATENCIÓN PRIMARIA: “ATENCIÓN DOMICILIARIA PROGRAMADA”**

Técnica a utilizar: Encuesta telefónica asistida por ordenador (CATI).

Ámbito geográfico de estudio: Castilla y León.

Universo de estudio: Usuarios del servicio de Atención Domiciliaria Programada.

Unidad estadística a investigar: usuarios o familiares / cuidadores del servicio de Atención Domiciliaria Programada.

Muestreo: muestreo aleatorio simple.

Tamaño de la muestra: 1.748 encuestas.

Margen de error: +/- 2,4% para datos globales con un nivel de confianza del 95,5% en condiciones normales de muestreo ($\sigma=2$, $p = q = 0,5$).

Periodicidad: Anual.

Técnica 5. Observación directa de las Instalaciones Sanitarias del área asistencial de Atención Primaria

El objetivo general de esta investigación es **medir de forma objetiva** el estado de las instalaciones del centro de salud para conocer el estado de situación real, así como la evolución y las mejoras realizadas.

De igual forma, la aplicación de esta investigación permite la **evaluación de aspectos físicos** que, aunque periféricos a la asistencia sanitaria, pueden influir en los niveles de satisfacción global de los usuarios.

La **unidad estadística a investigar** son los centros de salud.

La técnica de recogida de información a utilizar será **observación transversal directa** a través de un encuestador correctamente formado para tal efecto. Y la **aplicación** de la técnica consiste en la medición, por parte del observador, del grado de cumplimiento de unos indicadores fijados previamente.

La principal ventaja de esta técnica es que permite obtener información directa sin necesidad de solicitar la colaboración de los usuarios y los datos pueden ser contrastados con la percepción subjetiva de los usuarios sobre el estado de las instalaciones que se obtendrán de la *“Encuesta de Satisfacción de los Usuarios con los servicios de Atención Primaria”*.

El principal conflicto de la observación directa se encuentra en la posibilidad de influencia de la opinión del observador en la valoración de los diferentes indicadores.

Para evitar este obstáculo es necesario incidir en dos aspectos:

- En primer lugar, es necesario **definir claramente los indicadores a medir**, estableciendo condicionantes que eliminen toda subjetividad y así evitar posibles dudas en la interpretación de resultados. Por ejemplo, es interesante plantear, únicamente, dos opciones de respuesta: sí / no.

- En segundo lugar, es fundamental contar con un **equipo de observadores bien formados** y con instrucciones claras sobre la cumplimentación del patrón o plantilla de recogida de información.

En el caso de encontrarse con algún aspecto importante no recogido en la plantilla o ante una situación excepcional (obras y reparaciones en el centro, máquina estropeada, corte de luz...), el observador lo describirá en un apartado de observaciones.

<p style="text-align: center;">OBSERVACIÓN DIRECTA DE LAS INSTALACIONES SANITARIAS DEPENDIENTES DE LA GERENCIA REGIONAL DE SALUD DE CASTILLA Y LEÓN</p>
--

Técnica a utilizar: Observación transversal directa.

Ámbito geográfico de estudio: Castilla y León.

Universo de estudio: Instalaciones Sanitarias dependientes de la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León.

Unidad estadística a investigar: centros de salud dependientes de la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León.

Muestreo: Se realizará una observación poblacional de los 220 centros de salud.

Periodicidad: Será determinada en función de las necesidades de la Consejería de Sanidad.

Técnica 6. Paciente Ficticio o Paciente Misterioso

El **objetivo general** de esta investigación es **analizar la reacción e itinerarios de atención de los facultativos sanitarios** del sistema regional de salud ante distintas situaciones de asistencia sanitaria.

Este objetivo general, se concreta en los siguientes objetivos específicos:

- Conocer el tipo de acciones seguidas por los facultativos ante distintas patologías o sintomatologías planteadas.
- Conocer el grado de seguimiento de los protocolos de actuación previstos para cada patología o sintomatología planteada.

La **unidad estadística a investigar** son los facultativos que prestan sus servicios profesionales en el Sistema Sanitario Público de Castilla y León.

La técnica de recogida de información a utilizar será **el paciente ficticio**, también llamado paciente informado o paciente misterioso a través de un encuestador correctamente formado para tal efecto. El paciente misterioso es una técnica de interacción uno a uno.

Con la aplicación de esta técnica, el investigador se presenta en la consulta del facultativo comportándose como un usuario - paciente “normal”, para observar las actuaciones del facultativo cuando no sabe que está bajo observación.

Un rasgo importante de esta técnica es que no existe cuestionario ni guión, sino que el entrevistador tiene que estar altamente cualificado para saber qué es lo realmente importante y una vez que salga de la consulta anotará sus observaciones rellenando un formulario con una serie de preguntas o ítems que ya conoce muy bien.

El informe o toma de especificaciones de la “consulta estudiada” se realiza a la salida de la misma ya que es el momento en que la información está más fresca; y en ese informe se refleja:

1. La actitud mantenida por el falso paciente.
2. Los argumentos de consulta que ha utilizado.
3. Las actitudes del facultativo, pruebas realizadas y protocolos seguidos.
4. Las soluciones ofrecidas a las patologías o síntomas planteados por el falso paciente.
5. La información facilitada, forma y medios para exponerla (ha explicado la terminología técnica empleada, ha dado las explicaciones sólo verbalmente o también por escrito) y comprobación de que ha sido recibida y comprendida.
6. El aspecto interior de las instalaciones, así como las características personales del facultativo (apariencia, actitud,...).

Las principales ventajas de esta técnica son:

- No requiere la colaboración de los usuarios.
- Los datos pueden contrastarse con la percepción subjetiva de los usuarios que se obtienen de la encuesta personal.
- Permite evaluar aspectos que influyen en la satisfacción global de los usuarios y no pueden medirse a través de la encuesta de satisfacción: tipo de exploraciones, cumplimiento de protocolos de actuación,...

Al igual que en la “Observación directa de las instalaciones”, la valoración puede estar sujeta a la opinión del observador. Para evitarlo, es muy importante definir claramente los indicadores a medir, para que el observador analice si se cumple o no cada condición (ejemplo: el médico ha preguntado los síntomas, ha realizado exploración física....).

El proceso a seguir en la aplicación de esta técnica responde al siguiente esquema:

1. Planificar la evaluación:

- Definir los aspectos básicos de la evaluación: objetivo de información, muestra, cronograma para la recogida de información.
- Establecer el perfil del paciente misterioso.
- Describir el caso ficticio a utilizar, es decir, la patología o sintomatología que el paciente va a referir en la consulta.
- Seleccionar y formar al observador - paciente que cumple con el perfil establecido.
- Definir los protocolos de actuación que, con una gran probabilidad, deberá seguir el facultativo.
- Diseñar la herramienta de recogida de la información incluyendo los indicadores objetivos para que el paciente misterioso pueda plasmar si el facultativo ha cumplido o no con cada uno de los aspectos planteados.

2. Realizar el trabajo de campo

- Hacer una prueba piloto del instrumento y modificarlo si es necesario.
- Realizar la observación y registrar la información.

3. Procesar y analizar los resultados

4. Elaborar informes y presentar resultados

Esta técnica puede aplicarse tanto para analizar la calidad ofertada en consultas de Atención Primaria como en consultas de Especializada, sin embargo, por tratarse de una técnica compleja, en este Modelo únicamente se incluye el planteamiento de la misma y no se diseña ninguna herramienta de recogida de información.

Las herramientas de recogida de información deberán realizarse al tiempo que se diseñe y planifique la implantación del trabajo de campo.

Las principales dificultades de ejecución asociadas a esta técnica derivan de lo siguiente:

- Requiere contar con observadores muy bien instruidos en la realización de la técnica a los que se deberá informar exactamente del guión de actuación que deben seguir, el desarrollo esperado de la consulta y los aspectos clave a medir durante la misma.
- Es necesario tener en cuenta las posibles desviaciones que durante la consulta se produzcan respecto del comportamiento protocolos esperados en el facultativos. Los observadores deberán contar con instrucciones para actuar en caso de situaciones no previstas en el guión.
- La sintomatología descrita por el paciente ficticio debe estar claramente descrita y ajustarse a un tipo con protocolos bien conocidos y que se encuentren implantados en el centro sanitario en el que se realice la medición.

Además es conveniente señalar que con la utilización de esta técnica debe conseguir información que no podría lograrse mediante otras técnicas más sencillas y, por supuesto, evitar utilizarla para obtener información redundante.

1.3. DISEÑO MUESTRAL

Técnica 1. Encuesta de Satisfacción de los Usuarios con los servicios de Medicina de Familia y Pediatría

En este caso se plantean dos diseños muestrales, en primer lugar, se calcula la muestra para aplicar la encuesta únicamente en centros de salud y seguidamente se realiza el muestreo para la aplicación de la encuesta de forma personal en centros de salud y telefónica en consultorios. La muestra de usuarios de consultorios es la correspondiente a la población residente en localidades de menos de 1.000 habitantes.

El muestreo será aleatorio estratificado con afijación de conveniencia por área de Atención Primaria y afijación proporcional por tamaño del municipio y especialidad médica (medicina de familia y pediatría).

El tamaño total de la muestra es de 4.300 encuestas con un error global máximo del 1,5%, siendo el error máximo por área de Atención Primaria inferior al 6% y por tamaño del municipio inferior al 4,5%. Por especialidad médica el error es del 1,6% para medicina de familia y del 4,5% para pediatría.

El universo considerado es la población con tarjeta sanitaria en 2004 y la segmentación por ámbito responde a la clasificación de los centros de salud utilizada en años anteriores.

La equivalencia entre estas dos clasificaciones es la siguiente:

Urbano = CA en la clasificación de Atención Primaria.

Semiurbano = UR en la clasificación de Atención Primaria.

Rural = RU en la clasificación de Atención Primaria.

Distribución del universo estimado¹

Área de A.P.	Medicina de Familia	Pediatría	Total
Ávila	126.665	17.598	144.263
Burgos	304.557	41.289	345.846
León	295.136	33.732	328.868
Ponferrada	129.697	16.561	146.258
Palencia	147.421	18.443	165.864
Salamanca	295.879	37.891	333.770
Segovia	120.667	18.362	139.029
Soria	79.416	10.283	89.699
Valladolid 1	209.629	31.611	241.240
Valladolid 2	232.938	27.979	260.917
Zamora	163.709	19.423	183.132
Total	2.105.714	273.172	2.378.886

Distribución de la muestra y los errores muestrales

Área de A.P.	MUESTRA			ERRORES		
	Medicina de Familia	Pediatría	Total	Medicina de Familia	Pediatría	Total
Ávila	317	44	361	5,6%	15,1%	5,3%
Burgos	392	53	445	5,0%	13,7%	4,7%
León	393	45	438	5,0%	14,9%	4,8%
Ponferrada	321	41	362	5,6%	15,6%	5,2%
Palencia	329	41	370	5,5%	15,6%	5,2%
Salamanca	390	50	440	5,1%	14,1%	4,8%
Segovia	311	47	358	5,7%	14,6%	5,3%
Soria	299	39	338	5,8%	16,0%	5,4%
Valladolid 1	348	53	401	5,4%	13,7%	5,0%
Valladolid 2	366	44	410	5,2%	15,1%	4,9%
Zamora	337	40	377	5,4%	15,8%	5,1%
Total	3.803	497	4.300	1,6%	4,5%	1,5%

¹ Datos referidos a la población con tarjeta sanitaria en 2004 en Castilla y León

Distribución del universo estimado

Ámbito	Medicina de Familia	Pediatría	Total
Rural	623.939	62.818	686.757
Semiurbano	329.966	43.213	373.179
Urbano	1.151.809	167.141	1.318.950
Total	2.105.714	273.172	2.378.886

Distribución de la muestra y los errores muestrales

Ámbito	MUESTRA			ERRORES		
	Medicina de Familia	Pediatría	Total	Medicina de Familia	Pediatría	Total
Rural	1.654	180	1.834	2,5%	7,4%	2,3%
Semiurbano	495	70	565	4,5%	11,9%	4,2%
Urbano	1.654	247	1.901	2,5%	6,4%	2,3%
Total	3.803	497	4.300	1,6%	4,5%	1,5%

Calculando ahora la muestra para aplicar la encuesta de forma personal y telefónica, la segmentación por zona geográfica se realiza por provincia porque se toma como universo la población registrada en el Censo de 2001 y la segmentación por ámbito responde al tamaño del municipio de residencia.

Distribución del universo estimado

Provincia.	Medicina de Familia	Pediatría	Total
Ávila	143.119	15.389	144.263
Burgos	306.130	37.281	345.846
León	433.953	50.535	328.868
Palencia	153.353	17.626	165.864
Salamanca	303.753	33.237	333.770
Segovia	128.202	15.085	139.029
Soria	79.914	9.110	89.699
Valladolid	437.333	56.859	260.917
Zamora	177.129	15.537	183.132
Total	2.162.886	250.659	2.378.886

Distribución de la muestra y los errores muestrales

Provincia	MUESTRA			ERRORES		
	Medicina de Familia	Pediatría	Total	Medicina de Familia	Pediatría	Total
Ávila	330	35	365	5,5%	16,9%	5,2%
Burgos	395	48	443	5,0%	14,4%	4,7%
León	717	84	801	3,7%	10,9%	3,5%
Palencia	332	38	370	5,5%	16,2%	5,2%
Salamanca	396	44	440	5,0%	15,1%	4,8%
Segovia	322	38	360	5,6%	16,2%	5,3%
Soria	303	34	337	5,7%	17,1%	5,4%
Valladolid	713	93	806	3,7%	10,4%	3,5%
Zamora	350	31	381	5,3%	17,9%	5,1%
Total	3.858	445	4.303	1,6%	4,7%	1,5%

Distribución del universo estimado

Ámbito	Medicina de Familia	Pediatría	Total
Hasta 1.000 hab.	475.561	-	475.561
Entre 1.000 y 20.000 hab.	633.777	96.187	729.964
Más de 20.000 hab.	1.053.548	154.472	1.208.020
Total	2.162.886	250.659	2.413.545

Distribución de la muestra y los errores muestrales

Ámbito	MUESTRA			ERRORES		
	Medicina de Familia	Pediatría	Total	Medicina de Familia	Pediatría	Total
Hasta 1.000 hab.	891*	-	891	3,3%	-	3,3%
Entre 1.000 y 20.000 hab.	1.168	177	1.345	2,9%	7,5%	2,7%
Más de 20.000 hab.	1.799	268	2.067	2,4%	6,1%	2,2%
Total	3.858	445	4.303	1,6%	4,7%	1,5%

* Encuestas que se realizarán de forma telefónica a usuarios residentes en localidades de menos de 1.000 habitantes, que hayan acudido en alguna ocasión durante el último trimestre al consultorio médico de su localidad.

Técnica 2. Encuesta para el Cálculo del Índice Sintético de Satisfacción de los Usuarios con los Servicios de Atención Primaria

El muestreo será estratificado con afijación uniforme por área para garantizar que todas quedan igualmente representadas.

La muestra total será de 440 encuestas y el error máximo global del 4,8%, quedando la muestra distribuida tal y como se recoge en las tablas siguientes.

Diseño muestral considerando la segmentación inicial por ámbito

Especialidad médica	Universo ²	Muestra	Error
Medicina de familia	2.105.714	388	5,1%
Pediatría	273.172	52	13,9%
Total	2.378.886	440	4,8%
Ámbito	Universo	Muestra	Error
Rural	938.473	192	7,2%
Semiurbano	326.184	57	13,2%
Urbano	1.114.229	191	7,2%
Total	2.378.886	440	4,8%
Gerencia	Universo	Muestra	Error
Ávila	144.263	40	15,8%
Burgos	345.846	40	15,8%
León	328.868	40	15,8%
Ponferrada	146.258	40	15,8%
Palencia	165.864	40	15,8%
Salamanca	333.770	40	15,8%
Segovia	139.029	40	15,8%
Soria	89.699	40	15,8%
Valladolid 1	241.240	40	15,8%
Valladolid 2	260.917	40	15,8%
Zamora	183.132	40	15,8%
Total	2.378.886	440	4,8%

² El universo considerado en este caso es la población con tarjeta sanitaria en Castilla y León en 2004.

Diseño muestral considerando la segmentación por tamaño del municipio

Especialidad médica	Universo³	Muestra	Error
Medicina de familia	2.162.886	388	5,08%
Pediatría	250.659	52	13,87%
Total	2.413.545	440	4,77%
Ámbito	Universo	Muestra	Error
Hasta 1.000 hab.	475.561	-	-
Entre 1.000 y 20.000 hab.	729.964	166	7,76%
Más de 20.000 hab.	1.208.020	274	6,04%
Total	2.413.545	440	4,77%
Gerencia	Universo	Muestra	Error
Ávila	158.508	40	15,81%
Burgos	343.411	40	15,81%
León	484.488	80	11,18%
Palencia	170.979	40	15,81%
Salamanca	336.990	40	15,81%
Segovia	143.287	40	15,81%
Soria	89.024	40	15,81%
Valladolid	494.192	80	11,18%
Zamora	192.666	40	15,81%
Total	2.413.545	440	4,77%

³ El universo considerado en este caso es la población de Castilla y León según el Censo de Población y Viviendas de 2001 del INE.

Técnica 3. Medición de los Tiempos de Espera y Atención en la Consultas de Medicina de Familia y Pediatría

La afijación de la muestra se calculará aplicando una raíz de conveniencia al universo de facultativos para cada estrato considerado, delimitándose los estratos en función de el área de Atención Primaria, el ámbito geográfico (urbano, semiurbano y rural) y la especialidad médica (medicina de familia y pediatría).

Una vez obtenida la muestra de consultas en las que se realizará la medición, se seleccionarán los facultativos sobre cuyos pacientes se van a medir las variables aplicando un muestreo aleatorio o sistemático.

Las mediciones se realizarán durante 5 días consecutivos en cada una de las 205 consultas, lo que supone un total de 1.025 jornadas de medición. Y el tamaño final de la muestra de mediciones estará en función de la afluencia de pacientes a las consultas a medir en los días de observación.

Distribución del universo de facultativos

UNIVERSO	MÉDICOS DE FAMILIA				PEDIATRAS			
	Urbano	Semiurbano	Rural	Total	Urbano	Semiurbano	Rural	Total
Ávila	27	20	154	201	7	1	1	9
Burgos	91	41	189	321	20	8	0	28
León	90	66	124	280	18	6	2	26
Ponferrada	43	12	57	112	9	2	5	16
Palencia	44	0	144	188	10	0	4	14
Salamanca	84	39	203	326	17	5	6	28
Segovia	31	14	132	177	8	1	1	10
Soria	20	0	109	129	4	0	1	5
Valladolid 1	80	12	71	163	14	2	0	16
Valladolid 2	94	10	82	186	20	2	4	26
Zamora	34	30	154	218	9	1	1	11
Total	638	244	1.419	2.301	136	28	25	189

Distribución de la muestra de facultativos

MUESTRA Área de AP	MÉDICOS DE FAMILIA				PEDIATRAS			
	Urbano	Semiurbano	Rural	Total	Urbano	Semiurbano	Rural	Total
Ávila	3	3	6	12	3	1	1	5
Burgos	5	4	7	16	4	3	0	7
León	5	5	6	16	4	2	1	7
Ponferrada	4	3	4	11	3	1	2	6
Palencia	4	0	6	10	3	0	2	5
Salamanca	5	4	7	16	4	2	2	8
Segovia	4	3	6	13	3	1	1	5
Soria	3	0	6	9	2	0	1	3
Valladolid 1	5	3	5	13	4	1	0	5
Valladolid 2	5	2	5	12	4	1	2	7
Zamora	4	4	6	14	3	1	1	5
Total	47	31	64	142	37	13	13	63

Margen de error para la muestra teórica

	Universo	Muestra	Error
Facultativos	2.490	205	6,7%

Técnica 4. Encuesta telefónica monográfica sobre otros servicios de Atención Primaria: Atención a Domicilio Programada

Para el cálculo de la muestra se ha seguido un muestreo estratificado por área de Atención Primaria, con afijación de conveniencia, fijando un mínimo de encuestas y repartiendo las restantes de forma proporcional, para garantizar un nivel máximo de error del 8% por área.

Área	Universo: Pacientes de Atención a Domicilio Programada en 2004	Muestra	Error
Ávila	162.449	163	7,8%
Burgos	142.413	161	7,9%
León	154.781	162	7,9%
Ponferrada	55.073	153	8,1%
Palencia	85.179	156	8,0%
Salamanca	250.256	171	7,6%
Segovia	67.697	154	8,0%
Soria	62.826	154	8,0%
Valladolid 1	82.476	156	8,0%
Valladolid 2	125.234	160	7,9%
Zamora	105.453	158	7,9%
Total	1.293.837	1.748	2,4%

1.4. HERRAMIENTAS DE RECOGIDA DE INFORMACIÓN

A continuación se enumeran las herramientas de recogida de la información para cada técnica de investigación planteada, que se encuentran recogidas en el anexo 1 del Modelo.

- Cuestionario para Usuarios de Medicina de Familia.
- Cuestionario para Usuarios de Pediatría.
- Cuestionario para el Cálculo del Índice Sintético de Satisfacción.
- Plantilla de Medición de Tiempos.
- Cuestionario para la Encuesta de Satisfacción a Usuarios con el Servicio de Atención a Domicilio Programada.
- Ficha de recogida de datos de Observación de las Instalaciones.

En el caso de las encuestas se incluyen los cuestionarios, y para las técnicas de observación y medición de tiempos las plantillas o fichas en las que se recogerán las anotaciones correspondientes.

En el diseño de los cuestionarios se han tenido en cuenta los modelos utilizados en años anteriores con el fin de no interrumpir la serie de datos y poder realizar análisis comparativos con la información que se obtenga. De este modo, en los cuestionarios de medicina de familia y pediatría se han marcado en color azul las preguntas que coinciden con las existentes en ediciones anteriores de la encuesta.

1.5. DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO DE CAMPO

Fases que comprende el trabajo de campo de las encuestas personales



A continuación se detallan las fases del trabajo de campo para las encuestas personales:

- ***Encuesta de Satisfacción de los Usuarios con los servicios de Medicina de Familia y Pediatría.***
- ***Encuesta para el Cálculo del Índice Sintético de Satisfacción de los Usuarios con los Servicios de Atención Primaria.***

PLANIFICACIÓN DEL ESTUDIO: en esta fase, se establecerán las fases concretas de la investigación, los procedimientos técnicos a aplicar, los recursos técnicos y humanos, las herramientas de recogida y análisis de información y los plazos de realización de cada fase.

PREPARACIÓN DEL MATERIAL PARA EL TRABAJO DE CAMPO: en esta etapa, se preparan todas las herramientas que permitirán el desarrollo del trabajo de campo correctamente y de forma homogénea en todo el proceso de encuestación.

FORMACIÓN DEL EQUIPO DE ENCUESTADORES: el objeto de esta fase es el de preparar todo el material necesario para la impartición de un Plan de Formación adecuado que permita la óptima realización del trabajo de campo por parte de todo el personal involucrado.

La fase de formación del equipo de encuestadores es de vital importancia para la presente investigación, ya que de ella dependerá toda la calidad de la información recogida y analizada y por tanto, todos los resultados del estudio.

REALIZACIÓN DEL TRABAJO DE CAMPO: es la fase de ejecución de las encuestas de satisfacción, es decir de la recogida de información en todas las consultas seleccionadas en el diseño muestral, siguiendo unas especificaciones y una homogeneidad en el proceso, que garantizará la calidad del trabajo de campo y de la información recogida.

A partir del número de encuestas a realizar por los encuestadores en cada consulta y basándose en las instrucciones recogidas en el proceso, el encuestador procederá a seleccionar aleatoriamente los usuarios que serán evaluados cada día.

Una vez en la sala de espera, el encuestador procederá a la ejecución de la encuesta de satisfacción y la encuesta para el cálculo del Índice Sintético de Satisfacción, previa selección de la unidad informante (usuario o paciente que acaba de ser atendido en las consultas de medicina de familia o pediatría de los centros de salud de Atención Primaria).

Para ello, el encuestador se dirigirá a los usuarios seleccionados a la salida de cada consulta, se presentará, explicará el objetivo del estudio, el organismo promotor del mismo y solicitará su colaboración.

Para la encuesta del **Índice Sintético de Satisfacción**, el método será el mismo (entrevista personal), en el que se presentarán 10 tarjetas con una afirmación relativa a la importancia de cada uno de los ítems al ser atendidos en el Centro de salud, solicitando una valoración de cada una de ellas según puntuaciones de 1 a 10 puntos.

DEPURACIÓN Y GRABACIÓN DE LOS DATOS: la finalidad de esta etapa es la de depurar todos los cuestionarios cumplimentados, con objeto de garantizar la bondad de la información recogida y la validez de sus datos, y definir códigos que homogeneicen la posterior grabación de dicha información.

Una vez superada la fase de depuración y codificación, se procederá a la grabación de los cuestionarios.

Una vez grabados, los cuestionarios se someten a la **validación informática de la información**. Esta validación cumple la función de detectar inconsistencias entre datos de los cuestionarios relacionados entre sí.

En el caso del trabajo de campo para la **Medición de los Tiempos de Espera y Atención** las distintas fases del proceso de toma de datos se concretan en lo siguiente:

DISEÑO Y PLANIFICACIÓN DEL ESTUDIO: La finalidad de fase es la de establecer las etapas concretas de la investigación, los procedimientos técnicos a aplicar, los recursos técnicos y humanos destinados al mismo, las herramientas de recogida y análisis de información y los plazos de realización de cada fase.

PREPARACIÓN DEL MANUAL PARA EL TRABAJO DE CAMPO: El propósito de ejecución de esta etapa es el de preparar todas las herramientas físicas y electrónicas que permitirán desarrollar la recogida de información correctamente y de forma homogénea en todas las observaciones.

FORMACIÓN DEL EQUIPO DE OBSERVADORES: es importante **formar** al equipo de observadores a través de cursos de cualificación, impartiendo formación específica para este proyecto.

REALIZACIÓN DEL TRABAJO DE CAMPO: Realizar las observaciones en todas las consultas seleccionadas en el diseño muestral, siguiendo unas especificaciones y proceso homogéneo que garantice la calidad del trabajo de campo y de la información recogida.

El esquema de funcionamiento del trabajo de campo será el siguiente:



CODIFICACIÓN Y VALIDACIÓN DE LOS DATOS: Depurar todas las plantillas de observación con el fin de garantizar la información recogida y la validez de sus datos, y definir códigos que homogeneicen la posterior grabación de dicha información.

TRATAMIENTO Y ANÁLISIS ESTADÍSTICO: Realizar análisis estadísticos con toda la información disponible, tanto del estudio actual como de estudios anteriores, de cara a cubrir los objetivos de conocimiento planteados en la investigación.

A continuación se detallan las fases del trabajo de campo para las encuestas telefónicas:

- ***Encuesta de Satisfacción de los Usuarios con los servicios de Medicina de Familia de consultorios locales .***
- ***Encuesta monográfica sobre otros servicios de Atención Primaria: Atención a Domicilio Programada.***

Fases que comprende el trabajo de campo de las encuestas telefónicas

1. PLANIFICACIÓN DEL ESTUDIO.
2. PREPARACIÓN DEL MATERIAL PARA EL TRABAJO DE CAMPO.
3. FORMACIÓN DEL EQUIPO DE ENCUESTADORES.
4. PREPARACIÓN DEL SISTEMA CATI DE ENCUESTACIÓN.
5. REALIZACIÓN DEL TRABAJO DE CAMPO TELEFÓNICO Y SUPERVISIÓN.
6. DEPURACIÓN, CODIFICACIÓN Y TRATAMIENTO DE DATOS
7. ANÁLISIS Y ELABORACIÓN DE INFORMES Y PRESENTACIÓN

DISEÑO Y PLANIFICACIÓN DEL ESTUDIO: en esta fase, se establecerán las fases en las que se realizará la investigación y los procedimientos técnicos y organizativos a aplicar en cada una de ellas.

Para esta investigación concreta, es importante considerar las medidas relativas a la protección del secreto estadístico y la protección de datos de carácter personal

PREPARACIÓN DEL MATERIAL PARA EL TRABAJO DE CAMPO: en esta etapa, se preparan todas las herramientas que permitirán el desarrollo del trabajo de campo correctamente y de forma homogénea en todo el proceso de encuestación.

FORMACIÓN DEL EQUIPO DE ENCUESTADORES Una vez delimitado y planificado el trabajo de campo con la creación de la documentación complementaria, se llevará a cabo la *preparación y formación del equipo de campo o encuestación telefónica*.

La fase de formación del equipo de encuestadores es de vital importancia para la investigación, ya que de ella depende toda la calidad de la información recogida y analizada.

PREPARACIÓN DEL SISTEMA DE ENCUESTACIÓN partiendo de la base de datos inicial, es necesario crear una estructura de recogida de información apropiada que permita obtener además de los datos ofrecidos por las unidades informantes, toda la información relevante referida a la investigación.

Este programa será utilizado para la realización, almacenamiento y seguimiento del proceso de encuestación telefónica y en él se incluirán todas las restricciones exigidas en los cuestionarios o herramientas de recopilación de datos.

REALIZACIÓN DEL TRABAJO DE CAMPO TELEFÓNICO: en esta fase, se partirá de las unidades muestrales facilitadas por la Consejería de Sanidad para la recogida de la información.

La encuesta telefónica es un medio de obtener información basado en la comunicación telefónica entre el entrevistador y el entrevistado.

La organización de la encuestación telefónica y / o proceso de recogida de la información, se realizará según el siguiente esquema de comunicación:

En primer lugar, el encuestador realiza la llamada, se identifica y explica el objeto de la misma presentando el estudio y solicitando la colaboración del usuario o paciente indicado que llama en nombre de la Consejería de Sanidad.

Una vez localizada la persona objeto de encuestación, los encuestadores le explican de nuevo el objeto de la encuesta y se solicita su colaboración en la misma.

En segundo lugar, se completa la información del cuestionario, es decir las variables de información que dan respuesta a los objetivos del estudio y las variables de clasificación de cada usuario.

En tercer lugar, se agradece la colaboración prestada y se despide al interlocutor.

CODIFICACIÓN Y DEPURACIÓN DE LOS DATOS Después del total cumplimiento de las encuestas (muestra a realizar), es necesario iniciar el proceso de codificación de las preguntas abiertas o semiabiertas del cuestionario.

Así mismo, el sistema de encuestación debe incorporar dispositivos de depuración que permitan controlar los patrones adecuados de paso a preguntas, la identificación instantánea de las respuestas fuera del rango permitido, cuotas muestrales,....

Las encuestas que no superen los controles de calidad estipulados en el proceso de depuración deben ser desechados y proceder nuevamente a su realización.

En el caso del trabajo de campo para la **Observación de las Instalaciones** las distintas fases del proceso de toma de datos se concretan en lo siguiente:

Fases que comprende el trabajo de campo de la observación

1. DISEÑO Y PLANIFICACIÓN DEL ESTUDIO.

2. PREPARACIÓN DEL MATERIAL PARA EL TRABAJO DE CAMPO.

3. FORMACIÓN DEL EQUIPO DE OBSERVADORES.

4. REALIZACIÓN DEL TRABAJO DEL CAMPO: "Observación".

5. SUPERVISIÓN Y VALIDACIÓN DE DATOS.

6. DEPURACIÓN, CODIFICACIÓN Y TRATAMIENTO DE DATOS

7. ANÁLISIS Y ELABORACIÓN DE INFORMES Y PRESENTACIÓN

DISEÑO Y PLANIFICACIÓN DEL ESTUDIO: en esta fase, se establecerán las fases en las que se realizará la investigación y los procedimientos técnicos y organizativos a aplicar en cada una de ellas.

PREPARACIÓN DEL MATERIAL PARA EL TRABAJO DE CAMPO: el propósito de ejecución de esta etapa es el de preparar la herramienta física (plantilla de observación que utilizarán los observadores, que recogerá los datos relativos a la situación objetiva de las instalaciones y demás parámetros del centro), que permitirá un correcto y homogéneo desarrollo en la recogida de información.

FORMACIÓN DEL EQUIPO DE OBSERVADORES: una vez delimitado y planificado el trabajo de campo con la creación de la documentación complementaria (ficha de recogida de información), es interesante llevar a cabo la preparación y formación del equipo de observadores.

El plan de formación de los observadores, debe estar basado en actividades de formación específica sobre la ejecución del trabajo y los itinerarios a seguir ante las distintas situaciones encontradas.

REALIZACIÓN DEL TRABAJO DE CAMPO: “Observación Transversal Directa en las Instalaciones de Atención Primaria”: para el desarrollo de este trabajo los observadores seguirán los itinerarios especificados en el proceso formativo considerando criterios objetivos en la ejecución.

VALIDACIÓN DE LOS DATOS Y ELABORACIÓN DE INFORME: una vez finalizado el proceso de recogida de información, se realizarán informes agrupados en función de las 11 áreas sanitarias.

1.6. DEFINICIÓN DEL PROCESO DE EXPLOTACIÓN ESTADÍSTICA

Tras la finalización el proceso de depuración de los datos, y una vez que completada la muestra según las especificaciones requeridas en cada investigación, se realizará el proceso de tabulación básica o recuento de frecuencias de todas y cada una de las variables a analizar en las distintas investigaciones a llevar a cabo, para tener una información general de las mismas.

La explotación estadística de los datos de cada uno de los ítems de las encuestas a llevar a cabo se realizará mediante frecuencias absolutas y relativas.

A la información recopilada, se aplicarán las técnicas estadísticas y de análisis que permitan ajustar los contenidos a los objetivos de información especificados.

La explotación de los datos se realizará de la siguiente manera:

1. De forma conjunta para todas las encuestas.
2. Globalmente para cada una de las 11 Áreas de Salud.
3. Estratificada para cada especialidad médica (Medicina de Familia y Pediatría).
4. Estratificada en función del tamaño de hábitat (*urbana y rural*, según la clasificación aplicada en años anteriores y en los tres estratos definidos para el presente año 2005: *más de 20.000 habitantes, entre 1.000 y 20.000 habitantes y menos de 1.000 habitantes*).

Se propone la aplicación de las siguientes técnicas estadísticas:

- δ Técnicas estadísticas descriptivas, consistentes en la obtención de distribuciones de frecuencias de las variables categóricas (números absolutos y relativos), y el cálculo de medidas de posición y de dispersión, para las variables numéricas.
- δ Tests Estadísticos de Significación: con el propósito de conocer si existen diferencias estadísticamente significativas entre las distintas categorías de una variable. El test a aplicar dependerá de la tipología de la variable (numérica, categórica,...), así como de los resultados estadísticos que se quieran obtener. Los test más comunes empleados para este tipo de estudio son “Test Chi-Cuadrado” y “Test t-student”.
- δ Análisis multivariantes, que permiten obtener conclusiones más matizadas e intensas que las de los análisis descriptivos. Algunos de estos análisis a aplicar son: el análisis factorial, el análisis cluster (consigue definir grupos de usuarios homogéneos se aplicará en el caso de que aporte agrupaciones válidas -de tipología de usuarios- para el enriquecimiento del análisis de la información recopilada en los cuestionarios u otras herramientas de recogida de información) y la regresión.
- δ Además del cálculo de la matriz, se obtendrá, a partir de los datos de la Encuesta de Satisfacción, el nivel de satisfacción global, valor que se comparará con el Índice Sintético de Satisfacción, para evaluar si es posible obtener una medición válida de la satisfacción de los usuarios con la aplicación de una única encuesta.

Los datos resultantes del estudio se **desagregarán en función del ámbito geográfico** siguiendo la clasificación empleada en el diseño muestral, que distingue los ámbitos urbano, semiurbano y rural; así como la desagregación agrupada propuesta por la D.G. de Planificación y Ordenación, que distingue:

- Población residente en municipios de más de 20.000 habitantes o con hospital.
- Población residente en municipios de entre 1.000 y 20.000 habitantes (generalmente con acceso a centros de salud).
- Población residente en municipios de menos de 1.000 habitantes (generalmente con acceso a consultorios locales sin servicio de urgencias).

2. ATENCIÓN ESPECIALIZADA

2.1. OBJETIVOS DE INFORMACIÓN

El área de Atención Especializada comprende tres líneas de servicios a analizar:

- δ Consultas externas
- δ Servicio de urgencias
- δ Hospitalización, que a su vez comprende: hospitalización pediátrica, hospitalización obstétrica y hospitalización general.

Los objetivos de información de esta área de estudio se plantean separadamente para cada línea de servicios a partir del proceso seguido por los usuarios en cada una de ellas.

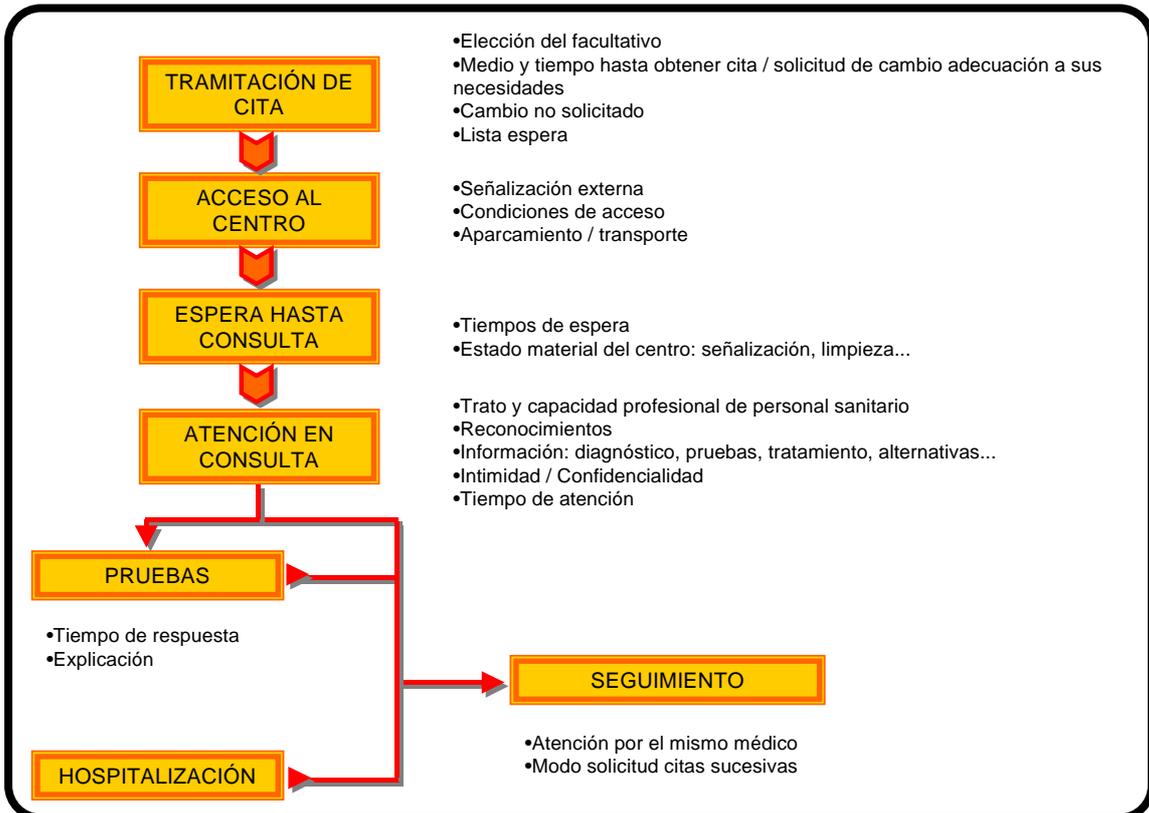
El principal objetivo de información dentro del área de Atención Especializada es medir la satisfacción de los usuarios que acceden a cada una de las líneas de servicios anteriores.

Este objetivo se concreta a través del conocimiento de la valoración que dan los usuarios a los siguientes aspectos:

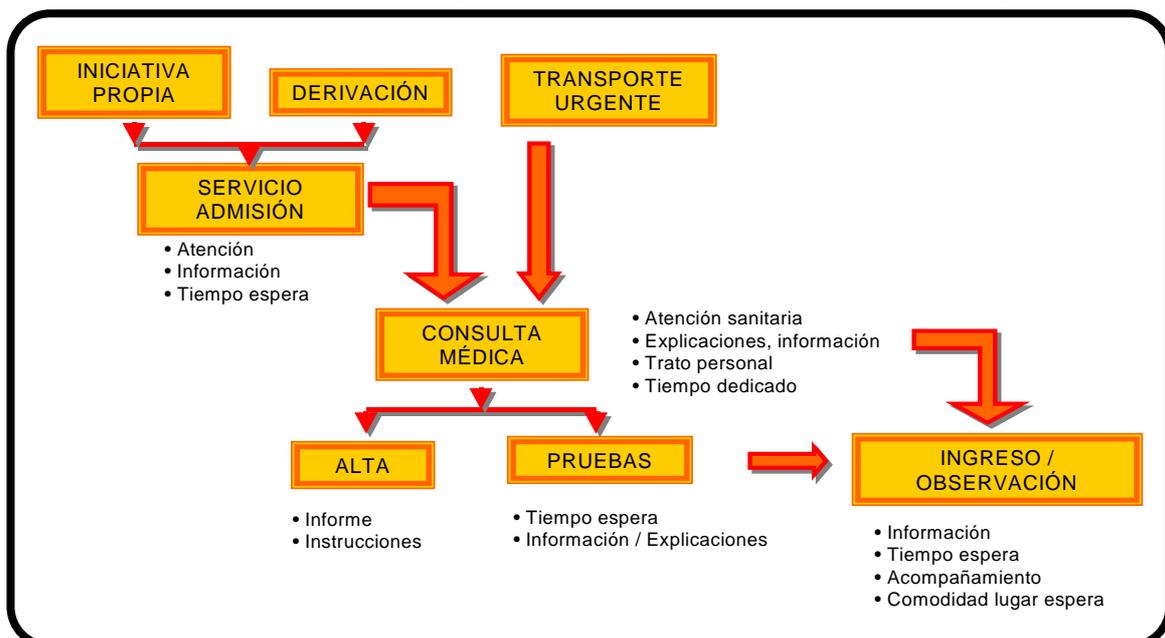
- ⌘ Accesibilidad a los servicios.
- ⌘ Accesibilidad a los centros.
- ⌘ Atención personal recibida.
- ⌘ Atención sanitaria recibida.
- ⌘ Estado de las instalaciones.
- ⌘ Calidad de los servicios prestados.
- ⌘ Valoración de la coordinación interniveles.
- ⌘ Tiempos de espera y atención.

Los objetivos planteados se han trasladado a indicadores concretos para cada línea de servicios, tal y como se recoge en los cuadros siguientes.

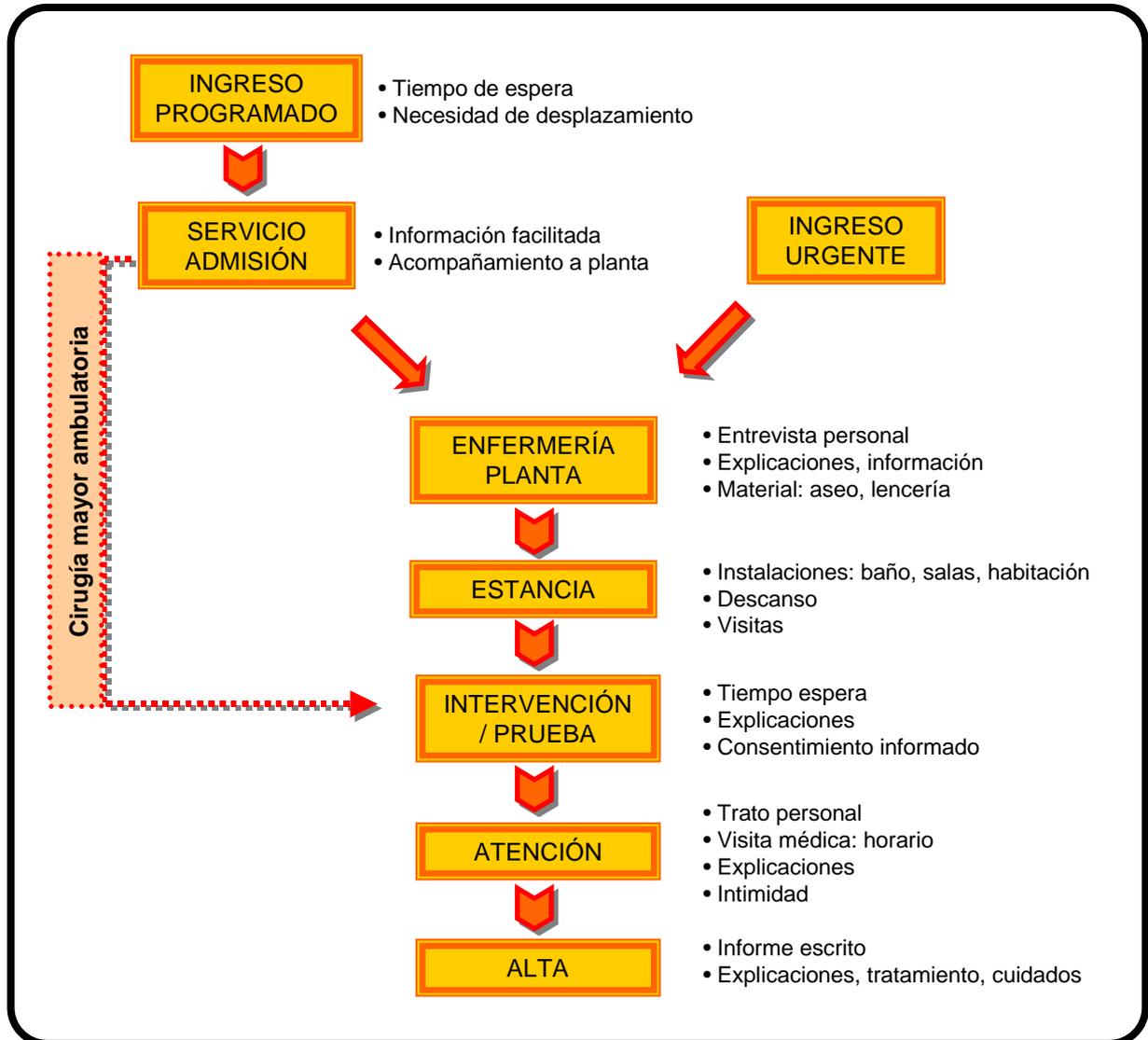
Cuadro 4. Proceso que sigue un usuario en consultas externas



Cuadro 5. Proceso que sigue un usuario en un servicio de urgencias



Cuadro 6. Proceso que sigue un usuario hospitalizado



2.2. TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN

Para medir los indicadores recogidos en los cuadros anteriores y dar así respuesta a los objetivos planteados, se proponen tres investigaciones que pretenden medir tanto la calidad subjetiva, como la objetiva y la coordinación interniveles.

Las técnicas de investigación propuestas son:

1. Encuesta de Satisfacción de los usuarios con los Servicios de Atención Especializada: Consultas Externas, Urgencias hospitalarias y Hospitalización (pediatría, obstetricia y general).
2. Evaluación de los Tiempos de Espera y Atención en Consultas Externas Hospitalarias.
3. Evaluación de los Tiempos de Espera en Urgencias.
4. Observación directa de las Instalaciones en complejos asistenciales y hospitales dependientes de la Gerencia Regional de Salud.

La **frecuencia** de realización propuesta para la Encuesta de Satisfacción de los usuarios de Atención Especializada y la Observación directa de las instalaciones es anual, debido a que esta periodicidad permite realizar comparaciones interanuales de los indicadores y obtener una visión de la evolución de la satisfacción de los usuarios.

La aplicación de estas técnicas con una frecuencia mayor resultaría ineficaz, dado que no es de esperar que los indicadores a medir experimenten variaciones significativas en periodos inferiores a un año, puesto que los índices de calidad percibida en el ámbito sanitario necesitan un período extenso de implantación e instauración.

Del mismo modo, con la aplicación de estas técnicas se constituirá un marco de trabajo y se facilitará una herramienta para medir en qué punto se encuentra la organización sanitaria en el camino hacia la excelencia, así como analizar las lagunas que puedan existir para alcanzarla.

Técnica 1. Encuesta de Satisfacción de los usuarios con los Servicios de Atención Especializada: Consultas externas, Urgencias y Hospitalización

La técnica a utilizar para la realización de esta investigación es la **Encuesta Telefónica Asistida por Ordenador**, metodología que responde a la necesidad de contactar directamente con los colectivos de usuarios que han sido atendidos en los distintos servicios de Atención Especializada para obtener de primera mano su percepción y sus valoraciones sobre los mismos.

La **unidad estadística a investigar** son tres colectivos bien diferenciados:

- Usuarios que han acudido en el último trimestre a alguna consulta externa en un hospital o centro de especialidades.
- Usuarios que en el último trimestre han acudido a un servicio de urgencias de un hospital dependiente de SACYL.
- Usuarios que en el último trimestre han recibido el alta hospitalaria tras un ingreso de pediatría, obstetricia o general.

En la elección de la técnica a utilizar confluyen varios factores, entre los que destacan la **accesibilidad a la unidad informante**, (en este caso tres colectivos bien diferenciados: usuarios con ingresos hospitalarios, usuarios de consultas externas hospitalarias y usuarios del servicio de urgencias en hospitales de SACYL), el **tipo de información a solicitar** y la **duración del cuestionario**.

Para el acceso a los usuarios con ingresos hospitalarios (hospitalización general, hospitalización obstétrica y hospitalización pediátrica) y del servicio de urgencias en hospitales, es ciertamente patente la aplicación de encuesta telefónica, ya que la accesibilidad a éstos colectivos se restringe a horarios, situaciones y colectivos puntuales (es posible que se permitan permisos temporales ante ingresos hospitalarios), con lo que la encuestación personal resulta un proceso más dilatado en el tiempo y en consecuencia, económicamente más costoso.

No obstante, en el caso del servicio de consultas externas, el tipo de información a solicitar y la duración, así como la accesibilidad a éste colectivo de usuarios, no condicionan el tipo de técnica a utilizar por lo que inicialmente se consideró viable la realización indistinta de la encuesta tanto personal como telefónica.

Tras analizar el modo de aplicación de ambas técnicas de encuestación: telefónica y personal, se concluye la puesta en marcha de la Encuesta Telefónica por los motivos que se exponen a continuación.

En primer lugar, la **organización y funcionamiento de las Consultas Externas** varía significativamente entre las distintas especialidades lo que conlleva una mayor dificultad en la ejecución de un trabajo de campo con encuesta personal. En algunas especialidades, por ejemplo, los usuarios son atendidos en la consulta, posteriormente se les realiza una prueba diagnóstica y de nuevo esperan a ser llamados para entrar de nuevo en la consulta del facultativo, lo que dificulta la realización global de una encuesta a un usuario, así como el seguimiento del usuario a encuestar.

De igual modo, el proceso de solicitud de consultas sucesivas no es uniforme, encontrándose situaciones en las que los usuarios solicitan una segunda cita en un mostrador, otras reciben la cita por correo o se la entrega el mismo médico en la consulta.

Estas particularidades del funcionamiento de los servicios de consultas externas impiden encuestar personalmente al paciente una vez finalizado el proceso de atención en las consultas externas, mientras que con la aplicación de la encuesta telefónica, es posible dirigirse a los usuarios que ya han terminado el proceso y han sido “dados de alta” o están en el proceso de seguimiento de estas consultas.

En segundo lugar, la **duración en la recogida de información** o ejecución del trabajo de campo es menor utilizando la encuestación telefónica, lo que permite disponer de la información en un plazo temporal menor.

Por último, ante un mismo tamaño muestral, la encuesta telefónica tiene un **coste económico menor**.

Debido al elevado número de especialidades médicas, el trabajo de encuestación personal obliga a realizar encuestas en un gran número de localizaciones lo que encarece el trabajo, mientras que con la aplicación de la encuesta telefónica el acceso a usuarios de cualquier especialidad es mucho más rápido, sencillo y menos costoso económicamente, ya que están clasificados inicialmente en la base de datos que se utilizará para la encuestación.

Las fichas técnicas descriptivas de esta investigación, son las siguientes:

<p style="text-align: center;">ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS CON LOS SERVICIOS DE CONSULTAS EXTERNAS</p>
--

Técnica a utilizar: Encuesta telefónica asistida por ordenador.

Ámbito de estudio: Castilla y León.

Universo de estudio: Usuarios que han acudido a consultas externas de la red pública.

Unidad informante: Usuario que ha acudido en el último trimestre a la consulta de un médico especialista dependiente de Sacyl.

Muestreo: Estratificado por áreas asistenciales y tamaño del municipio, con cuotas de edad, sexo y especialidad médica.

Tamaño muestral: 4.000 encuestas.

Error muestral: +/- 1,6% para datos globales con un nivel de confianza del 95,5% en condiciones normales de muestreo ($\sigma=2$, $p = q = 0,5$).

Periodicidad: Anual.

**ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS CON LOS SERVICIOS
DE URGENCIAS DE LOS HOSPITALES DE SACYL**

Técnica a utilizar: Encuesta telefónica asistida por ordenador.

Ámbito de estudio: Castilla y León.

Universo de estudio: Usuarios que han acudido al servicio de urgencias de un hospital de la red pública.

Unidad informante: Usuario que ha acudido en el último trimestre al servicio de urgencias de un hospital público de SACYL.

Muestreo: Estratificado por gerencia y tamaño del municipio, con cuotas de edad y sexo.

Tamaño muestral: 4.000 encuestas.

Error muestral: +/- 1,6% para datos globales con un nivel de confianza del 95,5% en condiciones normales de muestreo ($\sigma=2$, $p = q = 0,5$).

Periodicidad: Anual.

<p>ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS CON LOS INGRESOS HOSPITALARIOS</p>

Técnica a utilizar: Encuesta telefónica asistida por ordenador.

Ámbito de estudio: Castilla y León.

Universo de estudio: Usuarios con ingresos hospitalarios que han sido dados de alta en un hospital de la red pública o concertada de Castilla y León.

Unidad informante: Usuario con ingreso hospitalario que ha sido dado de alta en un hospital de la red pública o concertado en el último trimestre.

Muestreo: Estratificado por gerencia, tamaño del municipio, especialidad (pediatría, obstetricia y general), con cuotas de edad y sexo.

Tamaño muestral: 4.000 encuestas.

Error muestral: +/- 1,6% para datos globales con un nivel de confianza del 95,5% en condiciones normales de muestreo ($\sigma=2$, $p = q = 0,5$).

Periodicidad: Anual.

Técnica 2. Evaluación de los Tiempos de Espera y Atención en las Consultas Externas

El objetivo general de esta investigación es **conocer los tiempos medios de espera** de los usuarios / pacientes en las consultas externas hospitalarias o de centros de especialidades hasta ser atendidos por los facultativos, así como los **tiempos medios de atención** (tiempo medio dedicado a cada usuario en estas consultas).

La **unidad estadística a investigar** es el colectivo de usuarios atendidos en las consultas externas hospitalarias o de centros de especialidades del sistema público sanitario de Castilla y León.

Los **horarios de observación** se ajustarán a los horarios de las consultas de las especialidades a evaluar.

La técnica de recogida de información a utilizar será la **observación transversal directa**.

Para la ejecución de éstas mediciones, el observador se instalará en los espacios comunes (salas de espera, pasillos,...) ubicados en las zonas de consultas externas de los hospitales o de los centros de especialidades, donde podrá medir los tiempos de espera de los usuarios o pacientes desde la hora de citación inicial hasta la hora en la que acceden a la consulta del facultativo, así como el tiempo medio de atención dedicado, por este facultativo, a los usuarios.

Para medir los tiempos de espera de los usuarios/pacientes hasta entrar en la consulta del especialista y el tiempo medio de atención del mismo por consulta, el método de la **observación** se estima el más idóneo por varios motivos:

- Mínima o nula intervención del observador en la medición. El observador no se comunicará con los facultativos ni con los usuarios, por tanto no intervendrá en su forma de actuar en cuanto a los tiempos de espera y atención.
- Imposibilidad de cansar o molestar al fenómeno observado: el observador no tendrá que solicitar la colaboración de facultativos ni usuarios, y por tanto no estarán implicados en el estudio.
- La exactitud y objetividad de la información obtenida. Los datos recogidos reflejarán la realidad en el mismo momento en que se produce, con la ayuda de cronómetros que permitirán una medición más exacta.

EVALUACIÓN DE LOS TIEMPOS DE ESPERA Y ATENCIÓN EN LAS CONSULTAS EXTERNAS

Técnica a utilizar: Observación transversal directa.

Ámbito de estudio: Castilla y León.

Universo de estudio: Usuarios de consultas de traumatología, otorrinolaringología y oftalmología de los hospitales y centros de especialidades del sistema sanitario público de Castilla y León.

Unidad informante: Usuario de una consulta de traumatología, otorrinolaringología u oftalmología.

Muestreo: Muestreo aleatorio simple o sistemático entre los facultativos, para cada complejo hospitalario y especialidad médica (traumatología, otorrinolaringología y oftalmología).

Tamaño de la muestra: Se realizarán mediciones en 109 consultas (facultativos): 40 de traumatología, 32 de otorrinolaringología y 37 de oftalmología, a lo largo de un total de 436 jornadas.

Margen de error: 8,51% para datos globales con un nivel de confianza del 95,5% en condiciones normales de muestreo ($\sigma = 2$, $p = q = 0,5$).

Periodicidad: Anual.

Técnica 3. Evaluación de los Tiempos de Espera en los Servicios de Urgencias Hospitalarias

El objetivo general de esta investigación es **conocer los tiempos medios de espera** de los usuarios en los servicios de urgencias hospitalarias hasta ser atendidos por los facultativos.

La **unidad estadística a investigar** es el colectivo de usuarios atendidos en los servicios de urgencias hospitalarias en centros del sistema público sanitario de Castilla y León.

La técnica de recogida de información a utilizar será la **observación transversal**.

Para la ejecución de éstas mediciones, el observador se instalará en los servicios de admisión ubicados en los espacios de urgencias de los hospitales, de este modo, podrá medir los tiempos de espera del paciente.

Las jornadas de medición cubrirán todo el horario de prestación de este servicio (mañana, tarde y noche).

Desde la D.G. de Planificación y Ordenación se estima conveniente cubrir la totalidad del horario de prestación del servicio para poder, posteriormente, desagregar los datos en función de las distintas jornadas de observación.

Es importante considerar que el funcionamiento o disposición de los espacios físicos dedicados a la atención sanitaria en el servicio de urgencias no son uniformes en cada una de las 16 dependencias de análisis, por lo que, en cada caso, habrá que articular la mejor forma de medir estos tiempos con objeto de que no afecte a la calidad y precisión en la recogida de la información

(posibilidad de incluir dos observadores por jornada por la dispersión o cualquier otra característica física de las dependencias en las que estará ubicado el observador).

Esta técnica permitirá medir la hora a la entrada de un paciente en el servicio de urgencias y la hora en la que le realizan *triage* o primera valoración sanitaria.

A partir de estas mediciones se obtendrá el tiempo medio de espera hasta la realización del *triage* o primera valoración al usuario de este servicio, así como el tiempo medio de espera hasta recibir por primera vez asistencia sanitaria.

Para medir los tiempos de espera de los usuarios / pacientes hasta ser atendidos en los servicios de urgencias, así como el tiempo medio hasta su atención en el mismo, el método de observación se estima el más idóneo por los siguientes motivos:

- *Mínima o nula intervención del observador en la medición.* El observador no se comunicará con los facultativos ni con los usuarios, únicamente con el personal del servicio de admisión, por tanto éstos primeros no verán interferida su forma de actuar en cuanto a los tiempos de espera y atención.
- *Imposibilidad de cansar o molestar al fenómeno observado:* el observador no tendrá que solicitar la colaboración de facultativos ni usuarios, y por tanto no estarán implicados en el estudio, permitiendo así su medición objetiva
- *La exactitud y objetividad de la información obtenida.* Los datos recogidos reflejarán la realidad en el mismo momento en que se produce.

EVALUACIÓN DE LOS TIEMPOS DE ESPERA EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS

Técnica a utilizar: Observación transversal directa.

Ámbito de estudio: Castilla y León.

Universo de estudio: Población de Castilla y León.

Unidad informante: Usuario atendido en el servicio de Urgencias hospitalarias del sistema sanitario público de Castilla y León.

Muestreo: Muestreo no probabilístico en los 16 servicios de urgencias hospitalarias, durante un total de 432 jornadas de medición.

Tamaño muestral: El tamaño final de la muestra estará en función de la afluencia de pacientes a cada servicio de urgencias durante las jornadas de medición.

Periodicidad: Anual.

Técnica 4. Observación directa de las Instalaciones en complejos asistenciales y hospitales dependientes de la Gerencia Regional de Salud

El objetivo general de esta investigación es **medir de forma objetiva** el estado de las instalaciones hospitalarias públicas de Castilla y León para conocer la situación real, así como la evolución y las mejoras realizadas.

La aplicación de esta investigación permite la **evaluación de aspectos físicos** que, aunque periféricos a la asistencia sanitaria, pueden influir en los niveles de satisfacción global de los usuarios.

La **unidad estadística a investigar** son las instalaciones de los complejos asistenciales y hospitalarios dependientes de la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León.

La técnica de recogida de información a utilizar será **observación transversal directa** a través de un encuestador correctamente formado para tal efecto.

La **aplicación** de esta técnica consiste en la medición, por parte de un observador, del estado y grado de cumplimiento de unos indicadores objetivos fijados previamente.

La definición de los parámetros a medir se realiza teniendo en cuenta la necesidad de plantearlos del modo más objetivo posible, para evitar la contaminación de la medición con la opinión del observador.

Esta técnica se aplicará en los 26 complejos asistenciales y hospitales, analizándose las instalaciones de los servicios de consultas externas, urgencias y zonas comunes de los centros.

Respecto a los centros de especialidades, como se indicó en el área de Atención Primaria, serán medidos de forma conjunta con los centros de salud con los que compartan las instalaciones.

Se plantea la ficha metodológica relativa a la técnica de observación de las instalaciones que conforman los complejos hospitalarios:

<p>OBSERVACIÓN DIRECTA DE LAS INSTALACIONES EN COMPLEJOS ASISTENCIALES Y HOSPITALES DEPENDIENTES DE LA GERENCIA REGIONAL DE SALUD</p>
--

Técnica a utilizar: Observación transversal directa.

Ámbito geográfico del estudio: Castilla y León.

Universo de estudio: 26 complejos asistenciales y hospitales de Castilla y León.

Periodicidad: Será determinada en función de las necesidades de actualización.

2.3. DISEÑO MUESTRAL

Técnica 1. Encuesta de Satisfacción de los usuarios con los Servicios de Atención Especializada: Consultas externas, Urgencias y Hospitalización

Se aplicará un muestreo estratificado aleatorio, por áreas asistenciales (hospitalización, consultas externas hospitalarias y urgencias hospitalarias) y por complejos asistenciales dependientes de SACYL, con distribución de la muestra por afijación uniforme de 300 entrevistas por complejo asistencial y fijando cuotas por provincia y tamaño del hábitat de residencia, sexo y edad del usuario / paciente.

Dentro del área de hospitalización se establecerán también cuotas en función del tipo de hospitalización: obstétrica, pediátrica y general.

Encuestas de satisfacción	Muestra	Error ⁴
Consultas externas	4.000	1,6%
Servicio de urgencias	4.000	1,6%
Hospitalización	4.000	1,6%
Total	12.000	0,9%

⁴ Error calculado suponiendo un universo infinito.

Técnica 2. Evaluación de los Tiempos de Espera y Atención en las Consultas Externas

La afijación de la muestra se calcula aplicando una raíz de conveniencia al universo de consultas de especialistas para cada estrato, delimitándose un estrato para cada complejo asistencial y especialidad médica. Y, calculada la muestra, se seleccionan las consultas concretas aplicando un muestreo aleatorio o sistemático.

Las mediciones se realizarán durante 4 días en cada una de las 109 consultas de la muestra, lo que supone un total de 436 jornadas de medición.

Provincia	Complejo asistencial / hospital	UNIVERSO			MUESTRA		
		TRA	OTO	OFT	TRA	OTO	OFT
Ávila	Complejo Asistencial de Ávila (Ntra Sra de Sonsoles)	14	6	12	3	2	3
Burgos	Complejo Asistencial de Burgos (General Yagüe)	20	12	19	3	3	3
	Hospital Santiago Apóstol	5	3	3	2	2	2
	Hospital Santos Reyes	5	2	4	2	1	2
León	Hospital del Bierzo	13	6	9	3	2	2
	Complejo Asistencial de León	32	16	20	4	3	3
Palencia	Complejo Asistencial de Palencia (Río Carrión)	13	7	14	3	2	3
Salamanca	Complejo Asistencial de Salamanca	34	26	26	4	4	4
Segovia	Complejo Asistencial de Segovia (Hospital General)	14	6	11	3	2	3
Soria	Complejo Asistencial de Soria (Hospital General)	10	5	5	2	2	2
Valladolid	Hospital Clínico Universitario	20	14	17	3	3	3
	Hospital Universitario Río Hortega	19	11	14	3	3	3
	Hospital de Medina del Campo	6	2	4	2	1	2
Zamora	Complejo Asistencial de Zamora (Virgen de la Concha)	15	10	10	3	2	2
TOTAL CONSULTAS		220	126	168	40	32	37

Técnica 3. Evaluación de los Tiempos de Espera en los Servicios de Urgencias Hospitalarias

Esta técnica se aplicará en 16 servicios de urgencias hospitalarias, realizándose mediciones en tres turnos que cubrirán las 24 horas del día durante 9 días consecutivos en cada servicio (fin de semana + lunes a viernes + fin de semana), lo que supone un total de 432 jornadas de medición⁵.

La tabla siguiente muestra los complejos asistenciales y hospitales en los que se realizarán las mediciones:

Provincia	Servicio de urgencias de...
Ávila	Complejo Asistencial de Ávila (Ntra Sra de Sonsoles)
Burgos	Complejo Asistencial de Burgos (General Yagüe)
	Hospital Santiago Apóstol
	Hospital Santos Reyes
León	Hospital del Bierzo
	Complejo Asistencial de León
Palencia	Complejo Asistencial de Palencia (Río Carrión)
Salamanca	Hospital Clínico Universitario de Salamanca
	Hospital Virgen de la Vega
Segovia	Complejo Asistencial de Segovia (Hospital General)
Soria	Complejo Asistencial de Soria (Hospital General)
Valladolid	Hospital Clínico Universitario de Valladolid
	Hospital Universitario Río Hortega
	Hospital de Medina del Campo
Zamora	Hospital Virgen de la Concha
	Hospital Rodríguez Chamorro

⁵ Se denomina jornada de medición a cada uno de los turnos de cada día de medición.

2.4. HERRAMIENTAS DE RECOGIDA DE INFORMACIÓN

En el diseño de los cuestionarios se han tenido en cuenta los modelos utilizados en la investigación realizada en el año 2004 con el fin de no interrumpir la serie de datos y poder realizar análisis comparativos con la información obtenida. De este modo, en los cuestionarios de consultas externas, urgencias y hospitalización general se han marcado en color azul las preguntas que no han sido modificadas.

Las herramientas diseñadas para esta área que se recogen en el anexo 1 del Modelo son las siguientes:

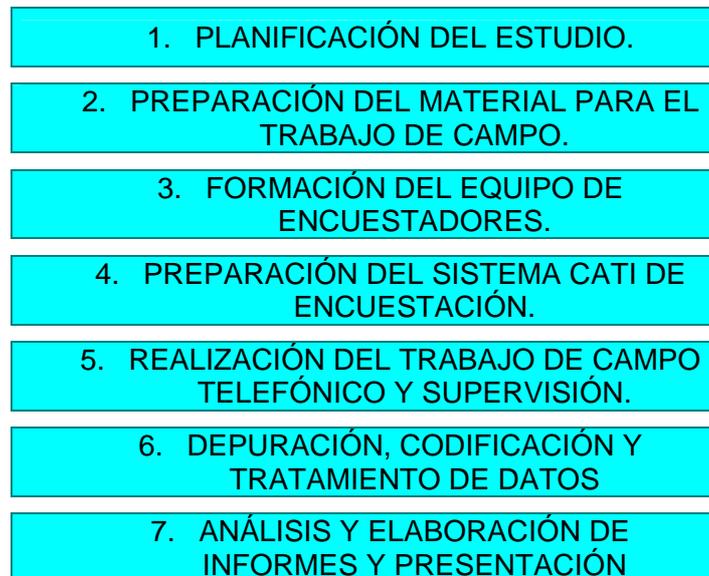
1. Cuestionario para Usuarios de Consultas Externas.
2. Cuestionario para Usuarios del Servicio de Urgencias hospitalarias.
3. Cuestionario para Usuarios de Hospitalización General.
4. Cuestionario para Usuaris de Hospitalización Obstétrica.
5. Cuestionario para Usuarios de Hospitalización Pediátrica.
6. Plantilla de Medición de Tiempos de Espera y Atención en los Servicios de Consultas Externas Hospitalarias.
7. Plantilla de Medición de Tiempos de Espera y Atención en los Servicios de Urgencias Hospitalarias.
8. Ficha de recogida de datos de Observación de las Instalaciones.

2.5. DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO DE CAMPO

A continuación se detallan las fases del trabajo de campo para las encuestas telefónicas:

- ***Encuesta de Satisfacción de los Usuarios con los servicios de Atención Especializada(Consultas Externas, Urgencias y Hospitalización).***

Fases que comprende el trabajo de campo de las encuestas telefónicas



DISEÑO Y PLANIFICACIÓN DEL ESTUDIO: en esta fase, se establecerán las fases en las que se realizará la investigación y los procedimientos técnicos y organizativos a aplicar en cada una de ellas.

Para esta investigación concreta, es importante considerar las medidas relativas a la protección del secreto estadístico y la protección de datos de carácter personal

PREPARACIÓN DEL MATERIAL PARA EL TRABAJO DE CAMPO: en esta etapa, se preparan todas las herramientas que permitirán el desarrollo del trabajo de campo correctamente y de forma homogénea en todo el proceso de encuestación.

FORMACIÓN DEL EQUIPO DE ENCUESTADORES Una vez delimitado y planificado el trabajo de campo con la creación de la documentación complementaria, se llevará a cabo la *preparación y formación del equipo de campo o encuestación telefónica*.

La fase de formación del equipo de encuestadores es de vital importancia para la investigación, ya que de ella depende toda la calidad de la información recogida y analizada.

PREPARACIÓN DEL SISTEMA DE ENCUESTACIÓN partiendo de la base de datos inicial, es necesario crear una estructura de recogida de información apropiada que permita obtener además de los datos ofrecidos por las unidades informantes, toda la información relevante referida a la investigación.

Este programa será utilizado para la realización, almacenamiento y seguimiento del proceso de encuestación telefónica y en él se incluirán todas las restricciones exigidas en las plantillas o herramientas de recopilación de datos.

REALIZACIÓN DEL TRABAJO DE CAMPO TELEFÓNICO: en esta fase, se partirá de las unidades muestrales facilitadas por la Consejería de Sanidad para la recogida de la información.

La encuesta telefónica es un medio de obtener información basado en la comunicación telefónica entre el entrevistador y el entrevistado. La organización de la encuestación telefónica y / o proceso de recogida de la información, se realizará según el siguiente esquema de comunicación:

En primer lugar, el encuestador realiza la llamada, se identifica y explica el objeto de la misma presentando el estudio y solicitando la colaboración del usuario o paciente indicado que llama en nombre de la Consejería de Sanidad.

Una vez localizada la persona objeto de encuestación, los encuestadores le explican de nuevo el objeto de la encuesta y se solicita su colaboración en la misma.

En segundo lugar, se completa la información del cuestionario, es decir las variables de información que dan respuesta a los objetivos del estudio y las variables de clasificación de cada usuario.

En tercer lugar, se agradece la colaboración prestada y se despide al interlocutor.

CODIFICACIÓN Y DEPURACIÓN DE LOS DATOS Después del total cumplimiento de las encuestas (muestra a realizar), es necesario iniciar el proceso de codificación de las preguntas abiertas o semiabiertas del cuestionario.

Así mismo, el sistema de encuestación debe incorporar dispositivos de depuración que permitan controlar los patrones adecuados de paso a preguntas, la identificación instantánea de las respuestas fuera del rango permitido, cuotas muestrales,....

Las encuestas que no superen los controles de calidad estipulados en el proceso de depuración deben ser desechados y proceder nuevamente a su realización.

A continuación se detallan las fases del trabajo de campo para las encuestas personales:

- ***Evaluación de los Tiempos de Espera y Atención en Consultas Externas.***
- ***Evaluación de los Tiempos de Espera en Urgencias.***

Fases que comprende el trabajo de campo de las encuestas personales



DISEÑO Y PLANIFICACIÓN DEL ESTUDIO: en esta fase, se establecerán las fases en las que se realizará la investigación y los procedimientos técnicos y organizativos a aplicar en cada una de ellas.

Para estas investigaciones, es importante considerar las medidas relativas al diseño muestral (nº de observaciones, tipo de asistencia, horarios, ubicación en el centro,...) y a la selección de los usuarios / pacientes en los que se basarán las observaciones.

De igual forma, se definirán los medios técnicos necesarios para la realización del trabajo referidos al número de cronómetros, manuales formativos,...

PREPARACIÓN DEL MATERIAL PARA EL TRABAJO DE CAMPO: el propósito de ejecución de esta etapa es el de preparar las herramientas físicas (plantilla de observación que utilizarán todos los observadores, que recogerá los datos relativos a la situación observada como la información relativa a los tiempos de espera y atención medidos), que permitirán un correcto y homogéneo desarrollo en la recogida de información.

FORMACIÓN DEL EQUIPO DE OBSERVADORES: una vez delimitado y planificado el trabajo de campo con la creación de la documentación complementaria (fichas o plantillas para la medición), es interesante llevar a cabo la preparación y formación del equipo de campo u observadores.

El plan de formación de los observadores, debe estar basado en actividades formativas generales, así como en formación específica sobre la ejecución de la observación y los itinerarios a seguir ante las distintas situaciones encontradas.

REALIZACIÓN DEL TRABAJO DE CAMPO: “Observación Transversal Directa”

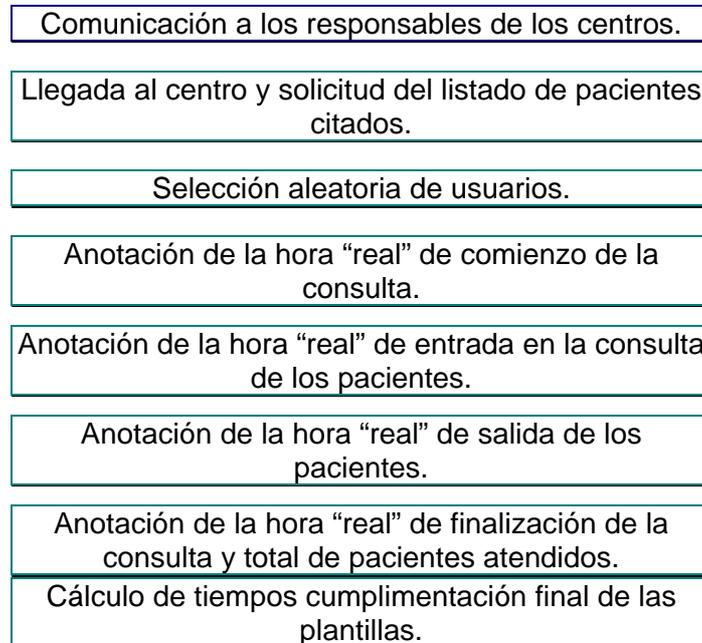
En la Medición de Tiempos de Espera y Atención en Consultas Externas:

Se realizarán el número de observaciones en las consultas externas hospitalarias, siguiendo unas especificaciones y un proceso homogéneo que garantice la calidad de la información recogida.

Para garantizar la objetividad y exactitud en la medición de los tiempos de espera y atención en las consultas externas hospitalarias, es necesario que la observación:

1. Se realice en condiciones normales, de ahí la necesidad de hacer mediciones varios días al mismo facultativo (se estima conveniente realizar la medición durante 4 días) para evitar coincidir en situaciones ocasionales.
2. Los elementos observados (facultativos) no conozcan a priori la realización de la observación.
3. Sea estructurada: es importante elaborar un proceso organizado en la realización de la observación.
4. Se realice de manera directa: la observación y la anotación de los resultados de producirá en el mismo momento en que se realiza la consulta.

El esquema de funcionamiento del trabajo de campo de la Medición de los Tiempos de Espera y Atención en Consultas Externas será el siguiente:



En la Medición de Tiempos de Espera en Urgencias

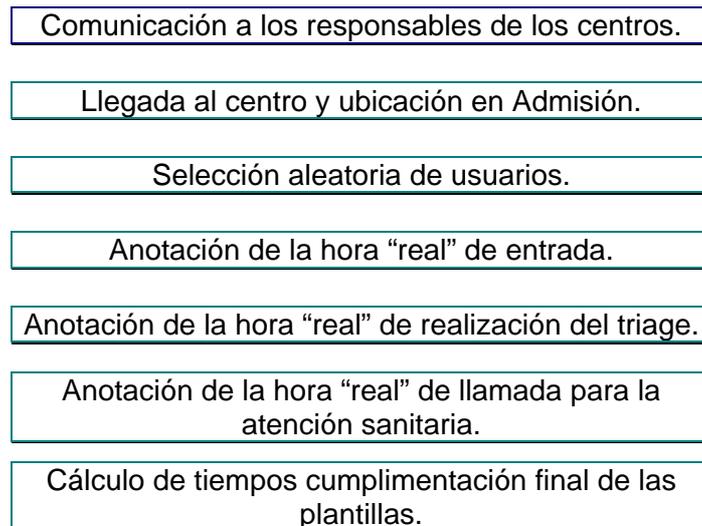
Para el desarrollo de este trabajo (medición de tiempos), se seguirán las siguientes especificaciones técnicas:

Para garantizar la objetividad y exactitud en la observación de los tiempos de espera hasta el *triage* (primera valoración del problema de salud) y la atención en consultas en los servicios de urgencias hospitalarias, es necesario que la observación:

1. Se realice en condiciones normales, de ahí la necesidad de hacer mediciones varios días en el mismo centro hospitalario (se estima conveniente realizar la medición durante 9 días: una semana completa de lunes a viernes - cinco días – y dos fines de semana– 4 días -) para evitar coincidir en situaciones ocasionales.

2. Los elementos observados (facultativos del servicio de urgencias), así como los usuarios de este servicio no deben ser molestados o inqueridos con preguntas durante el proceso de medición.
3. Sea estructurada: es importante la realización de un proceso organizado en la realización de la observación en estos servicios de urgencias. Por ejemplo para la observación de los tiempos de espera y atención en estos servicios de urgencias hospitalarias, es necesario que el observador se sitúe en el servicio de admisión, ya que únicamente desde ese lugar será capaz de controlar y seguir el itinerario del paciente en lo relativo a la medición de los tiempos de espera y atención.
4. Se realice de manera directa: la observación y la anotación de los resultados de producirá en el mismo momento en que se realiza la asistencia en urgencias.

El esquema de funcionamiento del trabajo de campo de la Medición de Tiempos de Espera en Urgencias será el siguiente:



CONTACTO CON COORDINADOR DEL CENTRO DE ESPECIALIDADES U HOSPITAL:

- *Consultas externas:* en esta fase, sería conveniente establecer un contacto con el responsable del centro u hospital para informar de la realización de la investigación y solicitar la máxima discreción en la realización de las mismas.
- *Urgencias:* en este servicio, además de establecer un contacto informativo con los coordinadores de estos servicios de urgencias hospitalarias, se les solicitará su consentimiento para que el observador se sitúe en el servicio de admisión.

LLEGADA AL CENTRO DE SALUD (localización de la consulta) O UBICACIÓN EN EL SERVICIO DE ADMISIÓN: una vez delimitado y planificado el trabajo de campo Los observadores se presentarán en los hospitales o centros de salud en los que se realizará la investigación (previamente deben poseer la información relativa al hospital como dirección, horarios de consulta, coordinador del centro con el que contactar, etc.).

SELECCIÓN DE USUARIOS-PACIENTES: A partir de la lista de usuarios citados en el servicio de Consultas Externas asociados al facultativo de análisis y los usuarios que acuden al servicio de urgencias, el observador procederá a seleccionar a los usuarios que serán evaluados cada día, anotando dicha selección en las plantillas de observación, junto con las horas de cita (para el caso de las Consultas Externas).

ANOTACIÓN HORA “REAL” DE COMIENZO DE CONSULTA U HORA DE ENTRADA EN URGENCIAS: el observador anotará la hora “real” de inicio de la consulta del especialista a observar por cada día de medición, indicando el valor exacto en minutos: hh:mm, así como la hora de entrada del usuario o paciente en el servicio de urgencias del hospital.

ANOTACIÓN HORA “REAL” DE ENTRADA A CONSULTA U HORA DE 1ª VALORACIÓN O *triage* EN URGENCIAS DE CADA USUARIO SELECCIONADO: el observador anotará la hora real de entrada del usuario en la consulta del especialista para compararla con la hora de cita, o en el caso de los usuarios del servicio de urgencias, anotará la hora en la que el usuario es avisado para la realización del *triage* o primera valoración del estado de salud.

ANOTACIÓN HORA “REAL” DE FINALIZACIÓN DE CONSULTA EXTERNA Y Nº DE USUARIOS ATENDIDOS U HORA REAL DE ATENCIÓN EN CONSULTA DE URGENCIAS:

En el caso de las Consultas Externas, el observador permanecerá en la consulta hasta la completa finalización de la misma, anotando la hora exacta “real” de salida del último usuario que reciba consulta. Asimismo, contará el número total de usuarios atendidos en la consulta cada día, incluidos los pacientes no citados o aquellos que por cualquier circunstancia o necesidad requieran volver a entrar en la consulta de nuevo.

En el caso de Urgencias, el observador anotará la hora real en la que el usuario o paciente es atendido por un facultativo en la consulta de urgencias.

CÁLCULO DE TIEMPOS Y CUMPLIMENTACIÓN FINAL DE PLANTILLAS: una vez finalizada la observación, el observador realizará el cálculo de los tiempos medios de atención basándose en los valores recogidos anteriormente

En el caso del trabajo de campo para la **Observación de las Instalaciones** las distintas fases del proceso de toma de datos se concretan en lo siguiente:

Fases que comprende el trabajo de campo de la observación

1. DISEÑO Y PLANIFICACIÓN DEL ESTUDIO.

2. PREPARACIÓN DEL MATERIAL PARA EL TRABAJO DE CAMPO.

3. FORMACIÓN DEL EQUIPO DE OBSERVADORES.

4. REALIZACIÓN DEL TRABAJO DEL CAMPO: "Observación".

5. SUPERVISIÓN Y VALIDACIÓN DE DATOS.

6. DEPURACIÓN, CODIFICACIÓN Y TRATAMIENTO DE DATOS

7. ANÁLISIS Y ELABORACIÓN DE INFORMES Y PRESENTACIÓN

DISEÑO Y PLANIFICACIÓN DEL ESTUDIO: en esta fase, se establecerán las fases en las que se realizará la investigación y los procedimientos técnicos y organizativos a aplicar en cada una de ellas.

PREPARACIÓN DEL MATERIAL PARA EL TRABAJO DE CAMPO: el propósito de ejecución de esta etapa es el de preparar la herramienta física (plantilla de observación que utilizarán los observadores, que recogerá los datos relativos a la situación objetiva de las instalaciones y demás parámetros del centro), que permitirá un correcto y homogéneo desarrollo en la recogida de información.

FORMACIÓN DEL EQUIPO DE OBSERVADORES: una vez delimitado y planificado el trabajo de campo con la creación de la documentación complementaria (ficha de recogida de información), es interesante llevar a cabo la preparación y formación del equipo de observadores.

El plan de formación de los observadores, debe estar basado en actividades de formación específica sobre la ejecución del trabajo y los itinerarios a seguir ante las distintas situaciones encontradas.

REALIZACIÓN DEL TRABAJO DE CAMPO: “Observación Transversal Directa en las Instalaciones Hospitalarias”: para el desarrollo de este trabajo los observadores seguirán los itinerarios especificados en el proceso formativo considerando criterios objetivos en la ejecución.

VALIDACIÓN DE LOS DATOS Y ELABORACIÓN DE INFORME: una vez finalizado el proceso de recogida de información, se realizarán informes individualizados de cada centro hospitalario “observado”.

2.6. DEFINICIÓN DEL PROCESO DE EXPLOTACIÓN ESTADÍSTICA

Una vez finalizado el proceso de depuración de los datos, y una vez que completada la muestra según las especificaciones requeridas en cada investigación, se realizará el proceso de tabulación básica o recuento de frecuencias de todas y cada una de las variables a analizar en las distintas investigaciones a llevar a cabo, para tener una información general de las mismas.

A la información recopilada, se aplicarán las técnicas estadísticas y de análisis que permitan ajustar los contenidos a los objetivos de información especificados.

Se propone la aplicación de las siguientes técnicas estadísticas:

Técnicas estadísticas descriptivas, consistentes en la obtención de distribuciones de frecuencias de las variables categóricas (números absolutos y relativos), y el cálculo de medidas de posición y de dispersión, para las variables numéricas.

Tests Estadísticos de Significación: con el propósito de conocer si existen diferencias estadísticamente significativas entre las distintas categorías de una variable. El test a aplicar dependerá de la tipología de la variable (numérica, categórica,...), así como de los resultados estadísticos que se quieran obtener. Los test más comunes empleados para este tipo de estudio son “Test Chi-Cuadrado” y “Test t-student”.

Análisis multivariantes, que permiten obtener conclusiones más matizadas e intensas que las de los análisis descriptivos. Algunos de estos análisis a aplicar son: el análisis factorial, el análisis cluster (consigue definir grupos de usuarios homogéneos se aplicará en el caso de que aporte agrupaciones válidas -de tipología de usuarios- para el enriquecimiento del análisis de la información recopilada en los cuestionarios u otras herramientas de recogida de información) y la regresión.

3. EMERGENCIAS SANITARIAS ATENDIDAS A TRAVÉS DEL 112

3.1. OBJETIVOS DE INFORMACIÓN

Los objetivos generales de información a analizar, dentro del área de Emergencias Sanitarias atendidas a través del 112, son:

- **Medir el nivel de conocimiento y la imagen** que tienen los ciudadanos sobre el funcionamiento este servicio de Emergencias Sanitarias en Castilla y León.
- **Medir el grado de satisfacción** de los usuarios que acceden a este servicio.

El primero de los objetivos planteados, (percepción que tienen los ciudadanos del servicio de emergencias atendidas a través del 112) es analizado, como se verá más adelante, dentro del Barómetro de Opinión Sanitario.

En tanto que, para conocer el grado de satisfacción de los usuarios que han solicitado o utilizado el servicio de emergencias sanitarias de Castilla y León, es necesario el contacto con fuentes primarias de información (usuarios del servicio), para conocer los siguientes objetivos específicos:

- δ Valoración del trato personal recibido.
- δ Valoración de la capacidad profesional.
- δ Valoración de los tiempos de espera.
- δ Valoración de la información recibida.
- δ Valoración global del servicio recibido.
- δ

A partir de estos objetivos específicos se han definido los indicadores a medir, analizando para ello el itinerario que sigue el usuario que accede a este servicio de emergencias sanitarias.

Dentro del área de emergencias sanitarias atendidas a través del 112 en Castilla y León, se incluyen tres líneas de servicios:

- δ Consulta médica telefónica.
- δ Atención sanitaria urgente “in situ”.
- δ Traslado sanitario urgente.

Cuadro 7. Proceso que sigue un usuario en consultas externas



3.2. TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN

Para medir los indicadores recogidos en el cuadro anterior y dar así respuesta a los objetivos planteados, se propone una investigación basada en la consulta de fuentes de información primaria (usuarios de este servicio), que pretenderá medir tanto la calidad subjetiva, como la objetiva y la coordinación interniveles.

En la medición de la satisfacción de los usuarios con el servicio de Emergencias Sanitarias atendidas a través del 112 resulta fundamental conocer la opinión, valoración y conformidad de los usuarios de este servicio con la atención recibida.

Por otra parte, teniendo en cuenta que todos los ciudadanos son usuarios potenciales de este servicio, aunque no todos accedan a él, cabe señalar que en este área de estudio, resulta también importante conocer la percepción de la población general sobre el funcionamiento de este servicio.

Por tanto, las investigaciones a aplicar en este área se concretan en lo siguiente:

- δ Encuesta telefónica de satisfacción a usuarios que han accedido al servicio de emergencias llamando al 112.
- δ Encuesta telefónica a población general (preguntas incluidas en el Barómetro Sanitario). Técnica explicada en el apartado 8 del Modelo.

La **frecuencia** de realización propuesta para la “*Encuesta de Satisfacción de los usuarios con el Servicio de Emergencias Sanitarias a través del 112*” es anual, debido a que esta periodicidad permite realizar comparaciones interanuales de los indicadores y obtener una visión de la evolución de la satisfacción de los usuarios.

La encuesta a los usuarios que han sido atendidos en este servicio es el método más directo de obtener la información acerca de su nivel de satisfacción y conformidad con la atención recibida.

Y la forma más directa de acceder a ellos es la encuesta telefónica.

En la elección de la técnica a utilizar confluyen varios factores, entre los que destacan la **accesibilidad a la unidad informante**, (en este caso usuarios que hayan contactado con este servicio en un período temporal determinado), el **tipo de información a solicitar** y la **duración del cuestionario**.

Considerando el tipo de información a solicitar, así como la duración estimada del cuestionario, es viable la aplicación de ambas técnicas (encuesta telefónica y encuesta personal).

No obstante, reparando en la accesibilidad de la unidad informante, es importante tener en cuenta que la elección de una u otra técnica condiciona el contacto con ese colectivo. Con estos condicionantes, la encuesta de satisfacción se restringe al uso de la técnica de encuestación telefónica, por la viabilidad de acceso a los mismos.

La elección de la encuesta telefónica, está fundamentada en los siguientes motivos:

En primer lugar, la **organización y funcionamiento de este servicio** utiliza y restringe las relaciones a los contactos telefónicos.

En segundo lugar, existe una **gran dificultad** de localizar y contactar con usuarios de este servicio dirigiéndonos al colectivo de población general.

En tercer lugar, la **duración en la recogida de información** o ejecución del trabajo de campo es menor utilizando la encuestación telefónica, lo que permite disponer de la información en un plazo temporal menor y ampliar el tamaño muestral a encuestar.

En último lugar, ante un mismo tamaño muestral, la encuesta telefónica tiene un **coste económico menor**.

La ficha técnica descriptiva de esta investigación, es la siguiente:

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS CON EL SERVICIO DE EMERGENCIAS SANITARIAS ATENDIDAS A TRAVÉS DEL 112

Técnica a utilizar: Encuesta telefónica.

Ámbito de estudio: Castilla y León.

Universo de estudio: Usuarios que acceden al servicio de emergencias sanitarias a través del teléfono 112.

Unidad informante: Usuario que en el último año ha llamado al teléfono de emergencias 112 por una emergencia sanitaria.

Muestreo: Estratificado por provincia y tamaño del municipio, con afijación de la muestra por conveniencia por provincia y afijación proporcional por tamaño del municipio.

Tamaño de la muestra: 1.395

Margen de error: +/- 2,7% para datos globales con un nivel de confianza del 95,5% en condiciones normales de muestreo ($\sigma = 2$, $p = q = 0,5$).

Periodicidad: Anual.

3.3. DISEÑO MUESTRAL

La opción muestral planteada garantiza la representatividad de la muestra desagregada por provincias.

Muestreo estratificado con afijación uniforme de 155 encuestas por provincia, para garantizar un error máximo por estrato del 8%. El error muestral para datos globales es 2,7%.

Provincia	Universo	Muestra	Error ⁶
Ávila	-	155	8,0%
Burgos	-	155	8,0%
León	-	155	8,0%
Palencia	-	155	8,0%
Salamanca	-	155	8,0%
Segovia	-	155	8,0%
Soria	-	155	8,0%
Valladolid	-	155	8,0%
Zamora	-	155	8,0%
Total	107.379	1.395	2,7%

⁶ El universo total considerado son las llamadas por emergencias sanitarias efectuadas al servicio 112 durante un mes de 2004. Al desconocer la distribución del universo por provincia el cálculo del error en cada estrato se realiza considerando un universo infinito.

3.4. HERRAMIENTA DE RECOGIDA DE INFORMACIÓN

La herramienta diseñada para aplicar esta técnica que se recoge en el anexo 1 del Modelo es la siguiente:

Cuestionario para Usuarios del Servicio de Emergencias Sanitarias atendidas a través del 112

En este cuestionario se marcan en color azul las preguntas que coinciden con las existentes en las encuestas realizadas en años anteriores.

3.5. DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO DE CAMPO

A continuación se detallan las fases del trabajo de campo para las encuestas telefónicas:

- ***Encuesta de Satisfacción de los Usuarios del servicio de Emergencias Sanitarias atendidas a través del 112.***

Fases que comprende el trabajo de campo de las encuestas telefónicas

1. PLANIFICACIÓN DEL ESTUDIO.
2. PREPARACIÓN DEL MATERIAL PARA EL TRABAJO DE CAMPO.
3. FORMACIÓN DEL EQUIPO DE ENCUESTADORES.
4. PREPARACIÓN DEL SISTEMA CATI DE ENCUESTACIÓN.
5. REALIZACIÓN DEL TRABAJO DE CAMPO TELEFÓNICO Y SUPERVISIÓN.
6. DEPURACIÓN, CODIFICACIÓN Y TRATAMIENTO DE DATOS
7. ANÁLISIS Y ELABORACIÓN DE INFORMES Y PRESENTACIÓN

DISEÑO Y PLANIFICACIÓN DEL ESTUDIO: en esta fase, se establecerán las fases en las que se realizará la investigación y los procedimientos técnicos y organizativos a aplicar en cada una de ellas.

PREPARACIÓN DEL MATERIAL PARA EL TRABAJO DE CAMPO: en esta etapa, se preparan todas las herramientas que permitirán el desarrollo del trabajo de campo correctamente y de forma homogénea en todo el proceso de encuestación.

FORMACIÓN DEL EQUIPO DE ENCUESTADORES Una vez delimitado y planificado el trabajo de campo con la creación de la documentación complementaria, se llevará a cabo la preparación y formación del equipo de campo o encuestación telefónica.

La fase de formación del equipo de encuestadores es de vital importancia para la presente investigación, ya que de ella dependerá toda la calidad de la información recogida y analizada y por tanto, todos los resultados de la misma.

Una vez delimitado y planificado el trabajo de campo con la creación de la documentación complementaria, se ha de llevar a cabo la ***preparación y formación del equipo de encuestación***.

La formación ha de impartirse desde la doble perspectiva de la teoría y de la práctica, haciendo el énfasis necesario en cada aspecto según cada caso personal.

PREPARACIÓN DEL SISTEMA DE ENCUESTACIÓN partiendo de la base de datos inicial, es necesario crear una estructura de recogida de información apropiada que permita obtener además de los datos ofrecidos por las unidades informantes, toda la información relevante referida a la investigación.

Este programa será utilizado para la realización, almacenamiento y seguimiento del proceso de encuestación telefónica y en él se incluirán todas las restricciones exigidas en las plantillas o herramientas de recopilación de datos.

REALIZACIÓN DEL TRABAJO DE CAMPO TELEFÓNICO: en esta fase, se partirá de las unidades muestrales facilitadas por SACYL para la recogida de la información.

La encuesta telefónica es un medio de obtener información basado en la comunicación telefónica entre el entrevistador y el entrevistado. La **organización de la encuestación telefónica** y / o proceso de recogida de la información, se realizará según el siguiente esquema de comunicación:

En primer lugar, el encuestador (previamente formado) realiza la llamada, se identifica y explica el objeto de la misma presentando el estudio y solicitando la colaboración del usuario o paciente indicado que llama en nombre de la Consejería de Sanidad.

Una vez localizada la persona objeto de encuestación, los encuestadores le explican de nuevo el objeto de la encuesta y se solicita su colaboración en la misma.

En segundo lugar, se completa la información del cuestionario, es decir las variables de información que dan respuesta a los objetivos del estudio y las variables de clasificación de cada usuario.

En tercer lugar, se agradece la colaboración prestada y se despide al interlocutor.

En cuarto y último lugar, el encuestador anotará su percepción y todas las observaciones que considere oportunas sobre la encuesta realizada.

CODIFICACIÓN Y DEPURACIÓN DE LOS DATOS Después del total cumplimiento de las encuestas (muestra a realizar), es necesario codificar las preguntas abiertas o semiabiertas del cuestionario

Así mismo, el sistema de encuestación debe incorporar dispositivos de depuración que permitan controlar los patrones adecuados de paso a preguntas, la identificación instantánea de las respuestas fuera del rango permitido,....

Las encuestas que no superen los controles de calidad estipulados en el proceso de depuración deben ser desechados y proceder nuevamente a su realización.

3.6. DEFINICIÓN DEL PROCESO DE EXPLOTACIÓN ESTADÍSTICA

Una vez finalizado el proceso de depuración de los datos, y una vez que completada la muestra según las especificaciones requeridas en cada investigación, se realizará el proceso de tabulación básica o recuento de frecuencias de todas y cada una de las variables a analizar en las distintas investigaciones a llevar a cabo, para tener una información general de las mismas.

A la información recopilada, se aplicarán las técnicas estadísticas y de análisis que permitan ajustar los contenidos a los objetivos de información especificados.

Se propone la aplicación de las siguientes técnicas estadísticas:

Técnicas estadísticas descriptivas, consistentes en la obtención de distribuciones de frecuencias de las variables categóricas (números absolutos y relativos), y el cálculo de medidas de posición y de dispersión, para las variables numéricas.

Tests Estadísticos de Significación: con el propósito de conocer si existen diferencias estadísticamente significativas entre las distintas categorías de una variable. El test a aplicar dependerá de la tipología de la variable (numérica, categórica,...), así como de los resultados estadísticos que se quieran obtener. Los test más comunes empleados para este tipo de estudio son “Test Chi-Cuadrado” y “Test t-student”.

Análisis multivariantes, que permiten obtener conclusiones más matizadas e intensas que las de los análisis descriptivos. Algunos de estos análisis a aplicar son: el análisis factorial, el análisis cluster (consigue definir grupos de usuarios homogéneos se aplicará en el caso de que aporte agrupaciones válidas -de tipología de usuarios- para el enriquecimiento del análisis de la información recopilada en los cuestionarios u otras herramientas de recogida de información) y la regresión.

4. TRANSPORTE SANITARIO PROGRAMADO

4.1. OBJETIVOS DE INFORMACIÓN

El objetivo general a analizar dentro del área del Transporte Sanitario Programado es:

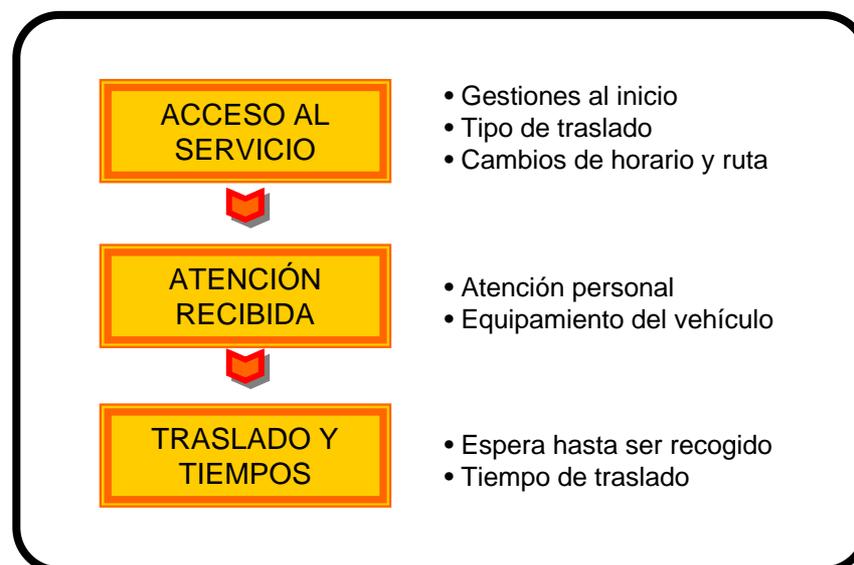
- Conocer la satisfacción de los usuarios con este servicio.
- Medir los tiempos de espera reales y percibidos por los usuarios del mismo.

Estos objetivos generales, se desagregan en los siguientes objetivos específicos:

- δ Valoración de la atención recibida.
- δ Valoración de los tiempos de desplazamiento y tiempos de espera.
- δ Valoración del funcionamiento del servicio: cambios de horarios y rutas.
- δ Valoración global del servicio.

Para trasladar estos objetivos a indicadores concretos a medir es necesario analizar previamente el itinerario seguido por los usuarios.

Cuadro 8. Proceso que sigue el usuario de Transporte Sanitario Programado



4.2. TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN

Para medir los indicadores recogidos en el cuadro anterior y dar así respuesta al objetivo general planteado, se propone una investigación basada en la consulta de fuentes de información primaria (usuarios de este servicio), que pretenderá medir la calidad percibida sobre este servicio prestado.

En la medición de la satisfacción de los usuarios con el servicio de Transporte Sanitario resulta indispensable conocer la opinión, valoración y conformidad de los usuarios de este servicio.

La encuesta a los usuarios que utilizan o han utilizado este servicio es el método más directo de obtener la información acerca de su nivel de satisfacción y conformidad con el servicio recibido.

Se propone, además, la realización de esta encuesta en la semana siguiente al momento de recepción del servicio de modo que los usuarios lo recuerden con facilidad y puedan valorar el tiempo de espera y traslado.

Con esta encuesta se pretende conocer estos tiempos desde la perspectiva del usuario y, aunque se trate de una medición subjetiva, se aproximará bastante al tiempo real dado que la encuesta se realiza sólo una semana después de recibir el servicio.

En la elección de la técnica a utilizar confluyen varios factores, entre los que destacan principalmente la **accesibilidad a la unidad informante**, (en este caso usuarios de este servicio de transporte sanitario programado) y el **tipo de información a solicitar**.

Considerando el tipo de información a solicitar, así como la duración estimada del cuestionario a aplicar, es viable la aplicación de ambas técnicas (encuesta telefónica y encuesta personal).

No obstante, reparando en la accesibilidad de la unidad informante, es importante tener en cuenta que la elección de una u otra técnica condiciona el contacto con ese colectivo. Con estos condicionantes, la encuesta de satisfacción para este servicio, se restringe al uso de la técnica de encuestación telefónica, por la viabilidad de acceso a los mismos.

La elección de la encuesta telefónica, está fundamentada en los siguientes motivos:

En primer lugar, mediante la aplicación de la encuesta telefónica se consigue **acceder directa y únicamente** a los usuarios del servicio, reduciendo al mínimo los contactos no útiles que se producirían con la encuesta personal.

De otro modo, mediante la aplicación de encuesta personal el encuestador tendría que localizar a los usuarios acudiendo a los servicios sanitarios en los que hay una mayor posibilidad de traslado de estos pacientes. Esto exige la movilización de un amplio equipo de encuestación para poder acceder a todos los servicios sanitarios que reciben pacientes procedentes de transporte programado, con el inconveniente añadido de que los usuarios no siempre contarán con tiempo suficiente para poder atender a los encuestadores.

Utilizando el contacto telefónico, sin embargo, es posible llegar directamente a los usuarios del servicio y, en el caso de que no se encuentren en disposición de atender la llamada en el momento de efectuarla, es posible fijar una cita para realizar una segunda llamada, sin que esto suponga un elevado incremento económico o temporal.

La ficha técnica descriptiva de esta investigación, sería la siguiente:

<p>ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS CON EL SERVICIO DE TRANSPORTE SANITARIO PROGRAMADO</p>

Técnica a utilizar: Encuesta telefónica.

Ámbito de estudio: Castilla y León.

Universo de estudio: Usuarios del servicio de transporte sanitario programado dependiente de la Gerencia Regional de Salud.

Unidad informante: Usuario en alguna ocasión durante el último año del servicio de transporte sanitario programado dependiente de la Gerencia Regional de Salud.

Tamaño de la muestra: 1.395.

Margen de error: 2,7% para datos globales con un nivel de confianza del 95,5% en condiciones normales de muestreo ($\sigma = 2$, $p = q = 0,5$).

Periodicidad: Anual.

4.3. DISEÑO MUESTRAL

Se aplica un muestreo estratificado con afijación uniforme de 155 encuestas por provincia para garantizar un error máximo por provincia del 8%. El error muestral para datos globales es 2,7%.

Provincia	Universo ⁷	Muestra	Error
Ávila	14.519	155	8,0%
Burgos	32.649	155	8,0%
León	62.206	155	8,0%
Palencia	16.900	155	8,0%
Salamanca	37.976	155	8,0%
Segovia	49.398	155	8,0%
Soria	7.979	155	8,0%
Valladolid	62.068	155	8,0%
Zamora	30.285	155	8,0%
Total	313.980	1.395	2,7%

⁷ Universo = usuarios del servicio de transporte sanitario concertado en 2004.

4.4. HERRAMIENTA DE RECOGIDA DE INFORMACIÓN

En el anexo 1 del Modelo se incluye la herramienta de recogida de información diseñada para la técnica descrita:

Cuestionario para Usuarios del Servicio Transporte Sanitario Programado.

4.5. DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO DE CAMPO

A continuación se detallan las fases del trabajo de campo para la encuesta telefónicas:

- ***Encuesta de Satisfacción de los Usuarios con el servicio de Transporte Programado.***

Fases que comprende el trabajo de campo de las encuestas telefónicas

1. PLANIFICACIÓN DEL ESTUDIO.
2. PREPARACIÓN DEL MATERIAL PARA EL TRABAJO DE CAMPO.
3. FORMACIÓN DEL EQUIPO DE ENCUESTADORES.
4. PREPARACIÓN DEL SISTEMA CATI DE ENCUESTACIÓN.
5. REALIZACIÓN DEL TRABAJO DE CAMPO TELEFÓNICO Y SUPERVISIÓN.
6. DEPURACIÓN, CODIFICACIÓN Y TRATAMIENTO DE DATOS
7. ANÁLISIS Y ELABORACIÓN DE INFORMES Y PRESENTACIÓN

DISEÑO Y PLANIFICACIÓN DEL ESTUDIO: en esta parte, se establecerán las fases en las que se realizará la investigación y los procedimientos técnicos y organizativos a aplicar en cada una de ellas.

PREPARACIÓN DEL MATERIAL PARA EL TRABAJO DE CAMPO: en esta etapa, se preparan todas las herramientas que permitirán el desarrollo del trabajo de campo correctamente y de forma homogénea en todo el proceso de encuestación.

FORMACIÓN DEL EQUIPO DE ENCUESTADORES Una vez delimitado y planificado el trabajo de campo con la creación de la documentación complementaria, se llevará a cabo la preparación y formación del equipo de campo o encuestación telefónica.

La fase de formación del equipo de encuestadores es de vital importancia para la presente investigación, ya que de ella dependerá toda la calidad de la información recogida y analizada y por tanto, todos los resultados de la misma.

Una vez delimitado y planificado el trabajo de campo con la creación de la documentación complementaria, se ha de llevar a cabo la *preparación y formación del equipo de encuestación*.

La formación ha de impartirse desde la doble perspectiva de la teoría y de la práctica, haciendo el énfasis necesario en cada aspecto según cada caso personal.

PREPARACIÓN DEL SISTEMA DE ENCUESTACIÓN partiendo de la base de datos inicial, es necesario crear una estructura de recogida de información apropiada que permita obtener además de los datos ofrecidos por las unidades informantes, toda la información relevante referida a la investigación.

Este programa será utilizado para la realización, almacenamiento y seguimiento del proceso de encuestación telefónica y en él se incluirán todas las restricciones exigidas en las plantillas o herramientas de recopilación de datos.

REALIZACIÓN DEL TRABAJO DE CAMPO TELEFÓNICO: en esta fase, se partirá de las unidades muestrales facilitadas por SACYL para la recogida de la información.

La encuesta telefónica es un medio de obtener información basado en la comunicación telefónica entre el entrevistador y el entrevistado. La **organización de la encuestación telefónica** y/o proceso de recogida de la información, se realizará según el siguiente esquema de comunicación:

En primer lugar, el encuestador (previamente formado) realiza la llamada, se identifica y explica el objeto de la misma presentando el estudio y solicitando la colaboración del usuario o paciente indicado que llama en nombre de la Consejería de Sanidad.

En segundo lugar, se completa la información del cuestionario, es decir las variables de información que dan respuesta a los objetivos del estudio y las variables de clasificación de cada usuario.

En tercer lugar, se agradece la colaboración prestada y se despide al interlocutor.

En cuarto y último lugar, el encuestador anotará su percepción y todas las observaciones que considere oportunas sobre la encuesta realizada.

CODIFICACIÓN Y DEPURACIÓN DE LOS DATOS Después del total cumplimiento de las encuestas (muestra a realizar), es necesario codificar las preguntas abiertas o semiabiertas del cuestionario

Así mismo, el sistema de encuestación debe incorporar dispositivos de depuración que permitan controlar los patrones adecuados de paso a preguntas, la identificación instantánea de las respuestas fuera del rango permitido,....

Las encuestas que no superen los controles de calidad estipulados en el proceso de depuración deben ser desechados y proceder nuevamente a su realización.

4.6. DEFINICIÓN DEL PROCESO DE EXPLOTACIÓN ESTADÍSTICA

Una vez finalizado el proceso de depuración de los datos, y una vez que completada la muestra según las especificaciones requeridas en cada investigación, se realizará el proceso de tabulación básica o recuento de frecuencias de todas y cada una de las variables a analizar en las distintas investigaciones a llevar a cabo, para tener una información general de las mismas.

A la información recopilada, se aplicarán las técnicas estadísticas y de análisis que permitan ajustar los contenidos a los objetivos de información especificados.

Se propone la aplicación de las siguientes técnicas estadísticas:

Técnicas estadísticas descriptivas, consistentes en la obtención de distribuciones de frecuencias de las variables categóricas (números absolutos y relativos), y el cálculo de medidas de posición y de dispersión, para las variables numéricas.

Tests Estadísticos de Significación: con el propósito de conocer si existen diferencias estadísticamente significativas entre las distintas categorías de una variable. El test a aplicar dependerá de la tipología de la variable (numérica, categórica,...), así como de los resultados estadísticos que se quieran obtener. Los test más comunes empleados para este tipo de estudio son “Test Chi-Cuadrado” y “Test t-student”.

Análisis multivariantes, que permiten obtener conclusiones más matizadas e intensas que las de los análisis descriptivos. Algunos de estos análisis a aplicar son: el análisis factorial, el análisis cluster (consigue definir grupos de usuarios homogéneos se aplicará en el caso de que aporte agrupaciones válidas -de tipología de usuarios- para el enriquecimiento del análisis de la información recopilada en los cuestionarios u otras herramientas de recogida de información) y la regresión.

5. QUEJAS Y RECLAMACIONES

5.1. OBJETIVOS DE INFORMACIÓN

El objetivo general que se pretende alcanzar con el análisis de este área (recopilación y análisis sistemático de las reclamaciones de los pacientes) es el de **reunir la máxima información sobre la calidad** en la asistencia sanitaria para identificar los aspectos que necesitan mejorar.

Dentro de esta área de análisis, se investigarán elementos claves:

- Percepción que tienen los ciudadanos de la **utilidad del sistema** de quejas y reclamaciones.
- **Evaluación de los procesos de gestión de quejas y reclamaciones** actuales para optimizar su funcionamiento.
- **Medición del grado de satisfacción** de los usuarios que acceden a este servicio mediante la forma de acceso, la tipología de quejas más frecuentes, tramitación y plazos de resolución y respuesta de las quejas y reclamaciones.

Los objetivos planteados se han trasladado a acciones concretas para cada línea de servicios, tal y como se recoge en las siguientes especificaciones:

Se realizará una **recopilación y un análisis de las preguntas incluidas en el Barómetro de Opinión Pública** sobre el Sistema Sanitario Regional, con el propósito de evaluar la percepción actual de la población sobre la utilidad de presentar una reclamación ante un problema sanitario tanto en el sistema público como en la sanidad privada.

A través de la medición indirecta: **recogida y análisis** de la información correspondiente a las **reclamaciones y sugerencias recibidas** en los centros sanitarios del Sistema de Salud de Castilla y León, en los distintos niveles de atención: Atención Primaria, Atención Especializada y gerencias de salud de área.

La Recomendación nº R5 (2000) del Consejo de Europa establece que la *“recopilación y análisis sistemático de las reclamaciones de los pacientes debe utilizarse para reunir información sobre la calidad de la asistencia sanitaria y como indicación de las áreas y aspectos que necesitan mejorarse”*

La Consejería de Sanidad, debe gestionar la información obtenida a partir de estas vías, como un proceso clave que permitirá la detección de posibles insuficiencias, traduciendo esta información en oportunidades de mejora.

Finalmente, también es importante destacar la oportunidad que ofrece la investigación *“Barómetro de Opinión Pública sobre el Sistema Sanitario Regional”*, para poner en marcha una **encuesta monográfica** (se incluiría dentro de la parte variable de ésta investigación), para conocer la opinión del usuario sobre el funcionamiento del sistema en lo que a tramitación y gestión de las reclamaciones se refiere.

5.2. TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN

Dados los objetivos de información fijados para el estudio de este área, el método de recopilación de información que se propone como óptimo es la combinación de distintas técnicas de recogida de datos existentes. De tal forma, el planteamiento metodológico final está compuesto por:

Análisis de las preguntas referidas a esta Área, **incluidas en el Barómetro de Opinión Pública** sobre el sistema sanitario. Se llevarán a cabo un total de 8.000 encuestas telefónicas con periodicidad semestral (4.000 por semestre) a potenciales usuarios del sistema regional de salud.

Análisis de investigación secundaria o investigación de gabinete mediante la consulta y tratamiento sistemático de fuentes de información elaboradas antes del proceso de investigación y vinculadas plenamente, con el tema objeto de estudio.

Para ello se analizarán el número de reclamaciones presentadas en las distintas provincias por los usuarios de los servicios y centros sanitarios del Sistema de Salud de Castilla y León.

Posibilidad de realizar **entrevistas telefónicas** a los potenciales usuarios del sistema sanitario regional en la parte “variable” del Barómetro de Opinión Pública sobre el sistema sanitario regional para determinar otras características o percepciones de la población sobre este servicio .

Para medir y dar respuesta a los indicadores recogidos en las acciones anteriormente mencionadas, se proponen las distintas técnicas de investigación, asociadas a cada una de ellas:

1.- Recopilación y un análisis de las preguntas incluidas en el Barómetro de Opinión Pública: se propone el análisis concreto de la parte de la investigación basada en la consulta de fuentes de información primaria (población general o potenciales usuarios del sistema sanitario regional), a través de la encuesta telefónica.

Considerando que todos los ciudadanos son usuarios potenciales de este servicio, aunque no todos hayan accedido a él, cabe señalar que en este área de estudio, resulta también importante conocer la percepción de la población general sobre el funcionamiento del servicio de “*Quejas y Reclamaciones*”.

2.- Recogida y análisis de la información correspondiente a las reclamaciones y sugerencias recibidas en los centros sanitarios del Sistema de Salud de Castilla y León.

El análisis de información secundaria suele constituir el punto de partida en cualquier proceso de investigación aportando una primera visión del tema objeto de estudio, que contribuye a la comprensión del mismo y sugiere formas de orientar las líneas de prospección de carácter primario.

Responde a una propuesta exploratoria de tratamiento del problema, y complementaria, en tanto que satisfará en gran medida las necesidades de conocimiento esperadas por las propias características del servicio a analizar.

5.3. DEFINICIÓN DEL PROCESO DE EXPLOTACIÓN ESTADÍSTICA

A partir de la información secundaria disponible se propone el cálculo de las siguientes estadísticas:

- Tipología de las reclamaciones.
- Perfil de los usuarios.
- Plazos de resolución de las reclamaciones.
- Tipología de las respuestas dadas a las reclamaciones.
- Porcentaje de reclamaciones por área asistencial.
- Porcentaje de reclamaciones por servicio ofertado.
- Porcentaje de reclamaciones por acto asistencial.
- Porcentaje de reclamaciones por paciente atendido.
- Comparativa interanual de los datos.

6. OTRAS PRESTACIONES COMPLEMENTARIAS

6.1. OBJETIVOS DE INFORMACIÓN

Las prestaciones complementarias incluidas en este área de estudio son las siguientes:

- δ Oxigenoterapia.
- δ Prestación ortoprotésica.
- δ Dietoterapia.

El **objetivo general** de información dentro de esta área es conocer la opinión de los usuarios sobre la calidad de estas prestaciones complementarias que ofrece el Sistema Regional de Salud.

En este Modelo se propone la realización de un estudio anual dirigido en cada oleada de forma específica a usuarios de cada uno de los servicios complementarios citados. En el momento de realizar dicho estudio, se deberán desarrollar las herramientas y diseño muestral adecuado al servicio del que se trate.

Para la medición de la calidad percibida por los usuarios se recomienda la encuesta telefónica, si bien en el momento de realizar el estudio se valorará la posible realización de la encuesta de modo personal.

La realización de encuestas telefónicas a usuarios permitirá conocer de primera mano su nivel de satisfacción con el servicio ofrecido por el Sistema Regional de Salud, distinguiendo los diferentes aspectos que componen el servicio.

De modo general, se propone la medición de los siguientes indicadores para cada una de las prestaciones que se analicen:

- Valoración de las gestiones necesarias para acceder a la prestación.
- Valoración del grado de cobertura de la prestación.
- Valoración de la atención recibida.
- Valoración de la información facilitada.
- Valoración de los plazos de gestión, asistencia, reembolso.
- Valoración del grado de cobertura de la prestación analizada.
- Incidencias ocurridas durante el servicio.
- Valoración global de la prestación.

Estos indicadores son genéricos para las tres prestaciones relacionadas anteriormente, no obstante, en el momento de diseñar la herramienta de análisis para cada prestación será necesario adaptarlos a las necesidades informativas que se detecten

7. COLECTIVOS ESPECÍFICOS

7.1. OBJETIVOS DE INFORMACIÓN

El objetivo de información dentro de esta área es conocer la opinión de algunos colectivos específicos sobre la calidad percibida del servicio que les ofrece el Sistema Regional de Salud.

Los colectivos o servicios específicos a incluir dentro de esta área son

- Colectivos emergentes, que son aquellos colectivos para los que en el momento de evaluación no se tienen medidas o soluciones específicas y es necesario evaluar sus necesidades. Ejemplo: inmigrantes, etc.
- Colectivos estratégicos, que son aquellos que representan un alto volumen en la sociedad o cuyas características sean especialmente graves para adoptar medidas inmediatas. Ejemplo: enfermos con diabetes, EPOC, insuficiencia cardiaca congestiva, SIDA, usuarios de salud bucodental, discapacitados físicos, otros enfermos crónicos, etc.
- Colectivos sensibles, que incluyen a los colectivos cuyo problema de salud tiene carácter socio-sanitario. Ejemplo: personas mayores, usuarios de servicios de salud mental, discapacitados psíquicos, etc.

Dentro del Modelo se propone la realización de un estudio anual dirigido de forma específica a uno de estos colectivos. En el momento de realizar dicho estudio, se deberán desarrollar las herramientas y diseño muestral adecuado al servicio del que se trate.

Para la medición de la calidad percibida por el colectivo concreto se recomienda la utilización de una encuesta telefónica, si bien en el momento de realizar el estudio se valorará la posible aplicación de la encuesta de forma personal.

La realización de encuestas telefónicas a usuarios pertenecientes a un colectivo específico permitirá conocer de primera mano su nivel de satisfacción con el servicio ofrecido por el Sistema Regional de Salud.

De modo general, se plantea a continuación un listado genérico de indicadores para cada tipo de colectivo, referidos a un ejemplo concreto.

Estos indicadores deberán adaptarse al colectivo a estudiar en cada caso, ampliándose si fuera necesario e incluyendo las particularidades de cada uno de ellos.

COLECTIVOS EMERGENTES: Inmigrantes

- Acceso a la atención sanitaria: grado de acceso y dificultades.
- Necesidades sanitarias no cubiertas por el sistema actual.
- Grado de conocimiento del proceso de atención sanitaria.
- Valoración de la información recibida y medio por el que se obtiene la información.
- Dificultades específicas de este colectivo para acceder a la atención sanitaria:
 - Dificultades de comunicación (idioma).
 - Dificultades administrativas (obtención de tarjeta sanitaria) y valoración de las gestiones necesarias.
 - Desconocimiento del proceso y de sus derechos o miedo por encontrarse en situación irregular.
- Tipo de patologías más frecuentes (análisis secundarios).
- Tipo de asistencia utilizada (Atención Primaria, Urgencias,).
- Medio de acceso a esta atención sanitaria.
- Frecuentación.

- Grado de cumplimiento terapéutico. Seguimiento del tratamiento indicado.
- Valoración del conocimiento y uso de los programas de prevención.
- Valoración del trato personal recibido.
- Valoración de la competencia profesional.
- Valoración de los tiempos de espera para acceder a los servicios.
- Dificultades encontradas durante el proceso.
- Valoración global del servicio de asistencia sanitaria.
- Recomendación del servicio a familiares y amigos.

COLECTIVOS ESTRATÉGICOS: Diabéticos

- Acceso a la atención sanitaria específica.
- Medio de acceso a esta atención y valoración de las gestiones necesarias.
- Valoración de la adecuación de la atención específica recibida a las necesidades del colectivo.
- Necesidades sanitarias no cubiertas por el sistema actual.
- Grado de cumplimiento terapéutico. Seguimiento del tratamiento indicado.
- Uso y valoración de tecnologías de telemedicina para realizar el seguimiento y control de la enfermedad.
- Satisfacción con el seguimiento y control que tienen gracias a la telemedicina.
- Valoración del trato personal recibido.
- Valoración de la competencia profesional.
- Valoración de la información recibida.

- Valoración de la comunicación con el personal sanitario: frecuencia, medio de comunicación empleado (teléfono, Internet, personalmente), adecuación.
- Valoración de los tiempos de espera para acceder a los servicios.
- Dificultades encontradas durante el proceso.
- Valoración global del servicio de asistencia sanitaria.
- Recomendación del servicio a familiares y amigos.

COLECTIVOS SENSIBLES: Salud mental.

- Acceso a la atención sanitaria específica.
- Medio de acceso a esta atención y valoración de las gestiones necesarias.
- Valoración de la adecuación de la atención específica recibida a las necesidades del colectivo.
- Necesidades sanitarias y no sanitarias no cubiertas por el sistema actual.
- Grado de cumplimiento terapéutico. Seguimiento del tratamiento indicado.
- Valoración del trato personal recibido.
- Valoración de la competencia profesional y adecuación del tipo de profesionales que atienden a los pacientes. (Valorar la necesidad de disponer de algún otro tipo de atención, como asistentes sociales, psicólogos, etc.).
- Valoración del apoyo y asesoramiento a las familias.
- Valoración de la información y explicaciones sobre tratamientos y medicamentos al propio paciente y a los familiares.
- Valoración de la comunicación con el personal sanitario: frecuencia, medio de comunicación empleado, adecuación.

- Valoración de los tiempos de espera para acceder a los servicios.
- Valoración global del servicio de asistencia sanitaria.
- Recomendación del servicio a familiares y amigos.

8. POBLACIÓN GENERAL

8.1. OBJETIVOS DE INFORMACIÓN

Los objetivos de información planteados en esta área de estudio son:

- **Conocer de forma periódica la opinión de los ciudadanos** de Castilla y León acerca del Sistema Regional de Salud, considerando tanto a usuarios actuales del sistema como a usuarios potenciales.
- **Evaluar indicadores del sistema sanitario sensibles**, sobre los que se pueda actuar a corto-medio plazo.

Estos objetivos generales, se concretan en los siguientes objetivos específicos:

- Medición del uso de servicios sanitarios por los ciudadanos.
- Medición de la calidad percibida por los usuarios sobre los servicios que componen el Sistema Regional de Salud.
- Medición de la coordinación interniveles percibida por los usuarios.
- Grado de conocimiento de los ciudadanos de sus derechos como usuarios de servicios sanitarios.

8.2. TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN

La técnica diseñada para conocer de forma periódica la opinión de los ciudadanos de Castilla y León acerca del Sistema Regional de Salud es un Barómetro Sanitario dirigido a la población en general, que se realizará en dos oleadas al año.

La primera oleada consiste en la obtención de unos indicadores fijos, mientras que en la segunda oleada se profundizará además en la obtención de información de un tema de actualidad, que sea de interés en el momento de realización de la encuesta.

La época que se recomienda para la realización de la encuesta es el primer trimestre del año para una de las oleadas y el tercero para la siguiente.

La elección de encuesta como técnica de investigación de esta área responde a la necesidad de contactar directamente con la población para obtener de primera mano su percepción y sus valoraciones.

En este caso, el tipo de información que se solicita y la duración no condicionan el tipo de encuesta a realizar por lo que la encuesta puede realizarse tanto de forma personal como telefónica. Aunque se opta por el tipo telefónico por los siguientes motivos:

En primer lugar, la duración de la ejecución del trabajo de campo es menor, lo que permite disponer de la obtención de la información en un plazo más breve.

En segundo lugar, ante un mismo tamaño muestral, la encuesta telefónica tiene un coste menor.

**BARÓMETRO DE OPINIÓN PÚBLICA SOBRE EL SISTEMA SANITARIO
REGIONAL**

Técnica a utilizar: Encuesta telefónica.

Ámbito de estudio: Castilla y León.

Universo de estudio: Ciudadanos residentes en la comunidad de Castilla y León de 16 y más años.

Unidad informante: Ciudadano residente en la comunidad de Castilla y León de 16 ó más años.

Muestreo: Estratificado por provincia y tamaño del municipio, con cuotas de edad y sexo.

Tamaño muestral: 4.000 encuestas por oleada.

Margen de error: +/- 1,6% para datos globales con un nivel de confianza del 95,5% en condiciones normales de muestreo ($\sigma = 2$, $p = q = 0,5$).

Periodicidad: 2 oleadas al año.

8.3. DISEÑO MUESTRAL

Partiendo de la necesidad de desagregar los datos obtenidos en función de la provincia y el tamaño del municipio de residencia, se plantea un muestreo estratificado por provincia y tamaño del municipio, con cuotas por edad y sexo.

La afijación de la muestra es de conveniencia, fijando un mínimo de encuestas por provincia y repartiendo las restantes encuestas de forma proporcional.

El error máximo por provincia es de 5,1% y por tamaño del municipio de 3,1%, garantizándose la representatividad de los datos en el doble cruce de provincia y tamaño del municipio, con errores inferiores al 10% para cada estrato.

A continuación se presentan dos diseños muestrales considerando dos desagregaciones por tamaño del municipio distintas:

Desagregación del tamaño de municipio	
Primer diseño muestral	Segundo diseño muestral
Rural = Hasta 5.000 hab.	Hasta 1.000 habitantes
Semiurbano = Entre 5.001 y 20.000 habitantes	Entre 1.001 y 20.000 habitantes
Urbano = Más de 20.000 habitantes	Más de 20.000 habitantes

PRIMER DISEÑO MUESTRAL

Distribución del universo, muestra y errores por tamaño del municipio

Tamaño del municipio	Universo⁸	Muestra	Error
Rural (Hasta 5.000 hab.)	867.973	1.449	2,6%
Semiurbano (Entre 5.001 y 20.000 hab.)	228.538	1.038	3,1%
Urbano (Más de 20.000 hab.)	1.038.906	1.513	2,6%
Total	2.135.417	4.000	1,6%

⁸ El universo se ha obtenido a partir de datos del Censo de población y viviendas de 2001 del INE y corresponde a la población de Castilla y León de 16 y más años.

Distribución del universo, muestra y errores por provincia

Provincia	Universo	Muestra	Error
Ávila	141.341	406	5,0%
Burgos	302.400	471	4,6%
León	428.355	521	4,4%
Palencia	151.311	410	4,9%
Salamanca	299.801	469	4,6%
Segovia	126.591	400	5,0%
Soria	79.000	381	5,1%
Valladolid	431.604	522	4,4%
Zamora	175.014	420	4,9%
Total	2.135.417	4.000	1,6%

Distribución del universo por provincia y tamaño del municipio

Provincia	Rural Hasta 5.000 hab.	Semiurbano Entre 5.001 y 20.000 hab.	Urbano Más de 20.000 hab.	Total
Ávila	88.185	11.635	41.521	141.341
Burgos	99.906	5.158	197.336	302.400
León	187.690	51.091	189.574	428.355
Palencia	64.606	18.430	68.275	151.311
Salamanca	120.237	44.070	135.494	299.801
Segovia	63.259	17.524	45.808	126.591
Soria	44.943	4.712	29.345	79.000
Valladolid	101.112	54.398	276.094	431.604
Zamora	98.035	21.520	55.459	175.014
Total	867.973	228.538	1.038.906	2.135.417

Distribución de la muestra por provincia y tamaño del municipio

Provincia	Rural	Semiurbano	Urbano	Total
Ávila	166	109	131	406
Burgos	156	103	212	471
León	197	126	198	521
Palencia	147	113	150	410
Salamanca	168	125	176	469
Segovia	150	114	136	400
Soria	146	105	130	381
Valladolid	152	128	242	522
Zamora	167	115	138	420
Total	1.449	1.038	1.513	4.000

Errores muestrales

Provincia	Rural	Semiurbano	Urbano	Total
Ávila	7,8%	9,5%	8,7%	5,0%
Burgos	8,0%	9,8%	6,9%	4,6%
León	7,1%	8,9%	7,1%	4,4%
Palencia	8,2%	9,4%	8,2%	4,9%
Salamanca	7,7%	8,9%	7,5%	4,6%
Segovia	8,2%	9,3%	8,6%	5,0%
Soria	8,3%	9,7%	8,8%	5,1%
Valladolid	8,1%	8,8%	6,4%	4,4%
Zamora	7,7%	9,3%	8,5%	4,9%
Total	2,6%	3,1%	2,6%	1,6%

SEGUNDO DISEÑO MUESTRAL

Distribución del universo, muestra y errores por tamaño del municipio

Tamaño del municipio	Universo ⁹	Muestra	Error
Hasta 1.000 hab.	471.295	1.109	3,0%
Entre 1.001 y 20.000 hab.	625.216	1.254	2,8%
Más de 20.000 hab.	1.038.906	1.637	2,5%
Total	2.135.417	4.000	1,6%

Distribución del universo, muestra y errores por provincia

Provincia	Universo	Muestra	Error
Ávila	141.341	398	5,0%
Burgos	302.400	476	4,6%
León	428.355	537	4,3%
Palencia	151.311	403	5,0%
Salamanca	299.801	475	4,6%
Segovia	126.591	391	5,0%
Soria	79.000	368	5,2%
Valladolid	431.604	538	4,3%
Zamora	175.014	414	4,9%
Total	2.135.417	4.000	1,6%

Distribución del universo por provincia según tamaño del municipio

Provincia	Hasta 1.000 hab.	Entre 1.001 y 20.000 hab.	Más de 20.000 hab.	Total
Ávila	50.376	49.444	41.521	141.341
Burgos	64.435	40.629	197.336	302.400
León	60.881	177.900	189.574	428.355
Palencia	33.385	49.651	68.275	151.311
Salamanca	84.396	79.911	135.494	299.801
Segovia	38.615	42.168	45.808	126.591
Soria	23.824	25.831	29.345	79.000
Valladolid	41.270	114.240	276.094	431.604
Zamora	74.113	45.442	55.459	175.014
Total	471.295	625.216	1.038.906	2.135.417

⁹ El universo se ha obtenido a partir de datos del Censo de población y viviendas de 2001 del INE y corresponde a la población de Castilla y León de 16 y más años.

Distribución de la muestra por provincia según tamaño del municipio

Provincia	Hasta 1.000 hab.	Entre 1.001 y 20.000 hab.	Más de 20.000 hab.	Total
Ávila	137	136	125	398
Burgos	125	103	248	476
León	114	207	216	537
Palencia	111	133	159	403
Salamanca	144	140	191	475
Segovia	125	130	136	391
Soria	117	122	129	368
Valladolid	98	156	284	538
Zamora	138	127	149	414
Total	1.109	1.254	1.637	4.000

Errores muestrales

Provincia	Hasta 1.000 hab.	Entre 1.001 y 20.000 hab.	Más de 20.000 hab.	Total
Ávila	8,5%	8,6%	8,9%	5,0%
Burgos	8,9%	9,8%	6,3%	4,6%
León	9,4%	6,9%	6,8%	4,3%
Palencia	9,5%	8,7%	7,9%	5,0%
Salamanca	8,3%	8,4%	7,2%	4,6%
Segovia	8,9%	8,8%	8,6%	5,0%
Soria	9,2%	9,0%	8,8%	5,2%
Valladolid	10,1%	8,0%	5,9%	4,3%
Zamora	8,5%	8,9%	8,2%	4,9%
Total	3,0%	2,8%	2,5%	1,6%

8.4. HERRAMIENTAS DE RECOGIDA DE INFORMACIÓN

Para la aplicación de la parte fija del Barómetro Sanitario se ha diseñado una herramienta de recogida de información:

Cuestionario para población en general.

En cuanto a la parte variable la recogida de información se realizará incluyendo en el cuestionario un bloque de preguntas relativas al tema que se analice en cada ocasión. Los temas que se proponen para esta parte variable son:

- Valoración más detallada de un servicio concreto.
- Valoración de servicios no incluidos en el Sistema Regional de Salud.
- Valoración de la aplicación de nuevas tecnologías como la teleasistencia o Internet (podría valorarse tanto la notoriedad como la valoración del servicio, cuando se haya generalizado el uso de estas técnicas).
- Valoración de una campaña o programa concreto.
- Valoración del uso de medicamentos genéricos.
- Valoración de medidas para reducir el gasto sanitario.

8.5. DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO DE CAMPO

A continuación se detallan las fases del trabajo de campo para la encuesta telefónica:

– ***Barómetro Sanitario de Opinión Pública.***

Fases que comprende el trabajo de campo de las encuestas telefónicas

1. PLANIFICACIÓN DEL ESTUDIO.
2. PREPARACIÓN DEL MATERIAL PARA EL TRABAJO DE CAMPO.
3. FORMACIÓN DEL EQUIPO DE ENCUESTADORES.
4. PREPARACIÓN DEL SISTEMA CATI DE ENCUESTACIÓN.
5. REALIZACIÓN DEL TRABAJO DE CAMPO TELEFÓNICO Y SUPERVISIÓN.
6. DEPURACIÓN, CODIFICACIÓN Y TRATAMIENTO DE DATOS
7. ANÁLISIS Y ELABORACIÓN DE INFORMES Y PRESENTACIÓN

DISEÑO Y PLANIFICACIÓN DEL ESTUDIO: en esta fase, se establecerán las fases en las que se realizará la investigación y los procedimientos técnicos y organizativos a aplicar en cada una de ellas.

Para esta investigación concreta, es importante considerar las medidas relativas a la protección del secreto estadístico y la protección de datos de carácter personal.

PREPARACIÓN DEL MATERIAL PARA EL TRABAJO DE CAMPO: en esta etapa, se preparan todas las herramientas que permitirán el desarrollo del

trabajo de campo correctamente y de forma homogénea en todo el proceso de encuestación.

FORMACIÓN DEL EQUIPO DE ENCUESTADORES Una vez delimitado y planificado el trabajo de campo con la creación de la documentación complementaria, se llevará a cabo la *preparación y formación del equipo de campo o encuestación telefónica*.

La fase de formación del equipo de encuestadores es de vital importancia para la investigación, ya que de ella depende toda la calidad de la información recogida y analizada.

PREPARACIÓN DEL SISTEMA DE ENCUESTACIÓN partiendo de la base de datos inicial, es necesario crear una estructura de recogida de información apropiada que permita obtener además de los datos ofrecidos por las unidades informantes, toda la información relevante referida a la investigación.

Este programa será utilizado para la realización, almacenamiento y seguimiento del proceso de encuestación telefónica y en él se incluirán todas las restricciones exigidas en las plantillas o herramientas de recopilación de datos.

REALIZACIÓN DEL TRABAJO DE CAMPO TELEFÓNICO: La encuesta telefónica es un medio de obtener información basado en la comunicación telefónica entre el entrevistador y el entrevistado. La organización de la encuestación telefónica y / o proceso de recogida de la información, se realizará según el siguiente esquema de comunicación:

En primer lugar, el encuestador realiza la llamada, se identifica y explica el objeto de la misma presentando el estudio y solicitando la colaboración del ciudadano indicado que llama en nombre de la Consejería de Sanidad.

En segundo lugar, se completa la información del cuestionario, es decir las variables de información que dan respuesta a los objetivos del estudio y las variables de clasificación de cada encuestado.

En tercer lugar, se agradece la colaboración prestada y se despide al interlocutor.

CODIFICACIÓN Y DEPURACIÓN DE LOS DATOS Después del total cumplimiento de las encuestas (muestra a realizar), es necesario iniciar el proceso de codificación de las preguntas abiertas o semiabiertas del cuestionario.

Así mismo, el sistema de encuestación debe incorporar dispositivos de depuración que permitan controlar los patrones adecuados de paso a preguntas, la identificación instantánea de las respuestas fuera del rango permitido, cuotas muestrales,....

Las encuestas que no superen los controles de calidad estipulados en el proceso de depuración deben ser desechados y proceder nuevamente a su realización.

8.6. DEFINICIÓN DEL PROCESO DE EXPLOTACIÓN ESTADÍSTICA

Una vez finalizado el proceso de depuración de los datos, y una vez que completada la muestra según las especificaciones requeridas en cada investigación, se realizará el proceso de tabulación básica o recuento de frecuencias de todas y cada una de las variables a analizar en las distintas investigaciones a llevar a cabo, para tener una información general de las mismas.

A la información recopilada, se aplicarán las técnicas estadísticas y de análisis que permitan ajustar los contenidos a los objetivos de información especificados.

Se propone la aplicación de las siguientes técnicas estadísticas:

Técnicas estadísticas descriptivas, consistentes en la obtención de distribuciones de frecuencias de las variables categóricas (números absolutos y relativos), y el cálculo de medidas de posición y de dispersión, para las variables numéricas.

Tests Estadísticos de Significación: con el propósito de conocer si existen diferencias estadísticamente significativas entre las distintas categorías de una variable. El test a aplicar dependerá de la tipología de la variable (numérica, categórica,...), así como de los resultados estadísticos que se quieran obtener. Los test más comunes empleados para este tipo de estudio son “Test Chi-Cuadrado” y “Test t-student”.

Análisis multivariantes, que permiten obtener conclusiones más matizadas e intensas que las de los análisis descriptivos. Algunos de estos análisis a aplicar son: el análisis factorial, el análisis cluster (consigue definir grupos de usuarios homogéneos se aplicará en el caso de que aporte agrupaciones válidas -de tipología de usuarios- para el enriquecimiento del análisis de la información recopilada en los cuestionarios u otras herramientas de recogida de información) y la regresión.