

## Original

# Determinantes del tiempo de espera en urgencias hospitalarias y su relación con la satisfacción del usuario

M. Á. Carbonell Torregrosa\*, J. Girbés Borrás\*\*, J. V. Calduch Broseta\*\*\*

\*SERVICIO DE URGENCIAS. \*\*SERVICIO DE ENDOCRINOLOGÍA. \*\*\*SERVICIO DE MEDICINA INTERNA. HOSPITAL DE ELDA. ALICANTE.

## RESUMEN

**O** *bjetivo:* Describir los tiempos del proceso de asistencia en Urgencia y contrastar la influencia de los tiempos reales y percibidos en la satisfacción expresada por el paciente. Analizar las variables que pueden influir en los tiempos de espera.

*Métodos:* Estudio epidemiológico transversal descriptivo. Se seleccionaron, de forma sistemática, los pacientes que acudieron al Servicio de Urgencias del Hospital de Elda. Sobre una muestra total de 325 sujetos, y a través de un cuestionario, se obtuvieron datos relativos a descripción sociodemográfica de la población, relación de los tiempos con diferentes variables (información, dolor, gravedad, etc.) y con la satisfacción del paciente. Se estimaron medias, desviación estándar y sucesivos análisis bivariantes mediante SPSS 10.0.

*Resultados:* Se determinó una relación estadísticamente significativa entre la satisfacción del paciente y el tiempo percibido por el mismo con  $F: 4,84, p < 0,029$ . No hubo una relación significativa entre la información dada al paciente ( $t: -1,76, p: 0,08$ ) o a la familia ( $t: -0,35, p: 0,73$ ) con la percepción del tiempo transcurrido en Urgencias.

*Conclusión:* Los factores que se relacionaron con un mayor tiempo en Urgencias fueron: mayor edad, mayor gravedad, permanecer en cama, venir acompañado y el tiempo que transcurrió antes de ser valorado por algún sanitario. Se comprobó una relación significativa entre el tiempo total percibido y la satisfacción del mismo que no se observó con el tiempo total real.

**Palabras clave:** Satisfacción del paciente. Encuesta personal. Tiempo de espera. Información. Urgencias. Hospital.

## INTRODUCCIÓN

Aún cuando el tiempo cronológico ha sido imprescindible en la compleja organización del mundo actual, para el

## ABSTRACT

### Determinants of the waiting period at the Hospital Emergency Services and its relation to user satisfaction

**A** *ims:* To describe the time periods of the assistential process in the Emergency Service and establish the influence of real and perceived times on patient-expressed satisfaction. To analyse the variables that might influence the waiting period.

*Methods:* Descriptive cross-sectional epidemiologic study. Patients attending the Emergency Service at the Elda Hospital were systematically selected. On a total sample of 325 subjects, and with the help of a questionnaire, data were recorded regarding the socio-demographic description of the population, the relationship between the time periods and a number of variables (information, pain, severity, etc.), and patient satisfaction. The means and standard deviations were calculated, and successive bivariate analyses performed using the SPSS 10.0 software package.

*Results:* A statistically significant correlation was observed between patient satisfaction and patient-perceived time ( $F: 4.84; p < 0.029$ ). There was no significant correlation between the information given to the patient ( $t: -1.76, P: 0.08$ ) or to the patient's family ( $t: -0.35, P: 0.73$ ) and the perception of time elapsed at the Emergency Service.

*Conclusion:* The factors related to a longer waiting time at the Emergency Service were greater age, greater severity, being bedridden, presence of accompanying persons, and time elapsed prior to assessment by health care personnel. There was a significant correlation between the total time perceived and patient satisfaction, by not between the latter and the true elapsed time.

**Key Words:** Patient satisfaction. Personal survey. Waiting time. Information. Emergencies. Hospital.

individuo, el tiempo que cuenta en su vida personal es el tiempo subjetivo. La duración del tiempo es percibida sumamente variable en función de su propia biografía personal, de sus expectativas y de los acontecimientos a los que se en-

**Correspondencia:** M<sup>a</sup> Ángeles Carbonell Torregrosa  
C/ General Ibáñez, 5-4<sup>a</sup>A  
San Vicente del Raspeig  
03690 Alicante  
E-mail: macarbonell@ono.com

Fecha de recepción: 7-7-2004  
Fecha de aceptación: 13-12-2005



cuentra expuesto<sup>1</sup>. Sin embargo, el profesional sanitario, debido a la gran variedad, trascendencia y cantidad de problemas que debe resolver a lo largo de su jornada laboral, experimenta una sensación disminuida de la duración del tiempo, lo que contrasta con la percepción desarrollada por sus pacientes<sup>1,2</sup>.

Es posible que acotar los tiempos de espera pudiera aliviar el sufrimiento<sup>1,3</sup>, al indicar una hora concreta, controlable por el paciente y una información adecuada, que venza la incertidumbre y el sufrimiento.

Se ha llegado a describir una situación de "pre proceso" y "proceso" de espera. El "pre proceso" de espera sería el tiempo que debe esperar el usuario hasta que se inicia el servicio y donde el enfermo percibe el tiempo mucho mayor de lo que realmente es. El "proceso" se refiere al tiempo de espera después de iniciado el servicio y hasta la finalización del mismo<sup>2</sup>.

El tiempo de espera parece influir en la satisfacción del paciente, modulada por múltiples determinantes como la información<sup>4</sup>, la educación al paciente, posibles causas de retrasos en la asistencia, la prioridad de los enfermos, etc.

Por ello, nuestros objetivos han sido realizar una descripción de los tiempos reales y percibidos en el proceso asistencial en Urgencias del hospital, analizar los determinantes de los tiempos de espera y contrastar la influencia de los tiempos reales y percibidos en la satisfacción expresada por el paciente.

## MÉTODOS

Se trata de un estudio epidemiológico transversal analítico, desarrollado en el Servicio de Urgencias del Hospital de Elda, que comprende una población total de 192.807 habitantes. El trabajo se desarrolló en un periodo aproximado de 4 meses (de noviembre de 2001 a febrero de 2002), en el cual se recogieron todos los tiempos de proceso de los pacientes que acudieron a Urgencias. Así mismo, se pasó a los pacientes seleccionados, una encuesta previamente validada sobre satisfacción, SERVQURG, mediante entrevista personal, por una única encuestadora.

Los integrantes del estudio fueron aquellos usuarios que acudieron al Servicio de Urgencias del Hospital de Elda, elegidos de forma sistemática entre los diferentes días de la semana y turnos de trabajo. La asignación por turno y día se realizó según disponibilidad de horario de la investigadora, cada 4 días. Una vez seleccionado el turno, se procedió a realizar un muestreo sistemático de las unidades del estudio entre la población accesible en esa jornada. La constante de muestreo (k)

quedó determinada por: total de la población elegible / tamaño de la muestra deseada (k=11).

Sobre una población aproximada de 193.000 habitantes, considerando una precisión del 5% y un nivel de confianza del 95%, se calculó un tamaño de muestra necesario de 289 sujetos. Ante la posibilidad de respuestas parciales en las encuestas, se amplió la muestra un 10%, llegando hasta los 325 casos finales. Para la determinación del tamaño de la muestra utilizamos el programa EPITABLES de EPI INFO 2000.

## VARIABLES

La satisfacción global se ha relacionado, por una parte, con la asistencia recibida, en relación con una serie de variables explicativas: edad, sexo, estado civil, situación laboral, estudios, población, días de frecuentación de Urgencias, así como con el tiempo percibido y real según:

- Hora de entrada: reflejada en los datos informatizados del registro de entrada en Urgencias (RG).
- Hora de valoración por enfermería: tiempo transcurrido entre la entrada del paciente al Servicio y la valoración de enfermería.
- Hora de visita médica: tiempo transcurrido entre la entrada del paciente a Urgencias y la visita por el médico de Urgencias.
- Hora de recepción de análisis: tiempo que pasa desde la hora de la visita médica hasta la hora de remisión que consta en las analíticas.
- Hora de recepción de radiografías: periodo pasado desde la hora de la visita médica hasta la hora de recepción de las pruebas radiológicas.
- Hora de visita por el especialista: tiempo transcurrido desde la valoración por el médico de Urgencias hasta la visita por el médico especialista correspondiente.
- Hora de alta o ingreso: hora a la que se decide el ingreso del paciente o su alta domiciliaria (puede no coincidir con la hora de realización del mismo).

Por último, los tiempos (reales y percibidos) también se han cotejado como variable resultado con variables explicativas como: información, compañía, permanencia en Urgencias, gravedad, dolor, turnos, pruebas complementarias y valoración por algún especialista.

El análisis de datos se efectuó con el paquete estadístico SPSS 10.0 para Windows. Se recurrió a estadísticos descriptivos y análisis bivariantes, respetando los supuestos estadísticos correspondientes. El nivel de significación estadístico se estableció para una  $p < 0,05$ .

TABLA 1. Tiempos percibidos y reales en urgencias

TIEMPOS EN URGENCIAS (MIN)		Tiempo percibido hasta valoración por sanitario	Tiempo percibido hasta valoración por médico	Tiempo real hasta ser visto por enfermería	Tiempo real hasta ser visto por el médico	Tiempo percibido total	Tiempo real total
N	324						
Media		29,2	42,6	28,2	42,3	162,2	235,8
Desv. típ.		35,3	43,2	33,2	41,4	138,3	259,8
Mediana		15	30	16	29	150	149

RESULTADOS

Se analizaron 325 casos. El perfil presentado por la población que acudió al Servicio de Urgencias de Elda fue: 46,2% mujeres/53,8% hombres, con una edad media de 51,8 años (28,3% mayor de 70 años), el 64,3% estaban casados, en situación laboral: 41,5% activa. El 42,5% no tenían estudios aunque de éstos, el 35,7% sabía leer y escribir. Los días más frecuentados fueron miércoles (29,5%) y martes (22,2%), con una Ji cuadrado de 91,3, y una  $p < 0,0001$ . Como patología más prevalente, la osteomuscular.

Según la percepción de los tiempos de espera por el paciente, se estimó que: el tiempo medio hasta la valoración inicial, generalmente realizada por enfermería, fue aproximadamente de 29 minutos (Tabla 1); 43 minutos para ser visto por el médico y aquellos pacientes que debían ser valorados por el especialista, hasta 136 minutos. El tiempo total medio percibido por los pacientes en el Servicio fue 162 minutos (Figura 1). Los valores de los tiempos reales se aproximaron a los percibidos cuando nos referimos a la valoración inicial y a la visita inicial por el médico. No ocurrió lo mismo en el caso del tiempo total, donde la percepción del tiempo estimado por los pacientes fue mucho mejor que la real. El tiempo de valoración por enfermería mostró una tendencia estable, frente al importante tiempo de espera para ser visto por el especialista (Figura 1).

Las medianas de los tiempos percibidos fueron de 15 minutos para la valoración inicial, 30 minutos para ser visto por el médico y 129 minutos cuando debían ser valorados por el especialista. La mediana de tiempo total percibido fue 150 minutos. Los tiempos reales se aproximaron a los percibidos cuando nos referimos a la valoración inicial ( $p=0,07$ ) y a la visita inicial por el médico ( $p=0,78$ ). No ocurrió lo mismo con el tiempo total estimado por los pacientes que fue mucho menor que el real ( $p < 0,0001$ ). El tiempo percibido hasta la visita por el especialista no difirió significativamente del real ( $p=0,97$ ) (Tabla 2).

Analizando aquellos factores que pueden influir en el

tiempo de espera de los pacientes en Urgencias del hospital, encontramos que, el tiempo total real en Urgencias aumentó progresivamente con la edad del paciente ( $Rho=0,27$ ,  $p < 0,0003$ ). También entre los pacientes que habían permane-

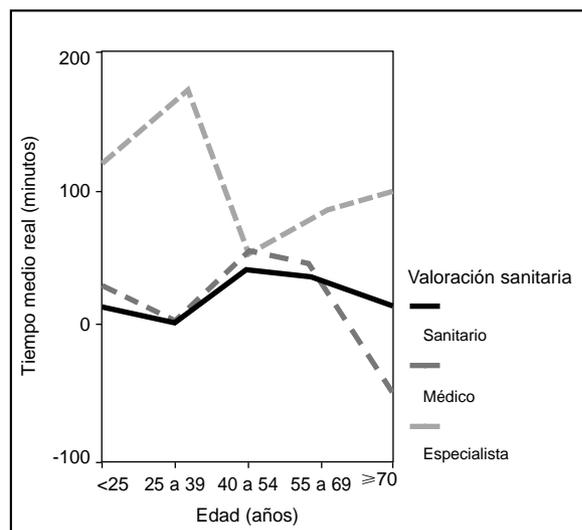


Figura 1. Tiempos reales (en minutos) según el tipo de valoración sanitaria y la edad.

TABLA 2. Influencia de los tiempos de espera percibidos y reales sobre la satisfacción con el servicio

TIEMPO REAL		Rho Spearman	p
Hasta valoración inicial	SÍ	-0,145	0,026
Hasta valoración médica	SÍ	-0,226	<0,0001
Tiempo total	NO	-0,037	0,510

TIEMPO REAL		Rho Spearman	p
Hasta valoración inicial	SÍ	-0,201	0,002
Hasta valoración médica	SÍ	-0,263	<0,0001
Tiempo total	SÍ	-0,148	0,029



cido acompañados dentro del Servicio de Urgencias. El tiempo real que pasaron en el Servicio fue de 139 minutos en los pacientes que acudieron solos ( $t= 4,51$ ,  $p<0,0001$ ) y de 287 minutos para los que vinieron acompañados. El tiempo percibido presentó un comportamiento similar, siendo también inferior en los que vinieron acompañados (120 minutos) que en los que vinieron solos (186 minutos).

No se encontró relación significativa entre la información dada al paciente o a la familia con la percepción del tiempo transcurrido en Urgencias.

En relación con la permanencia en cama o sala de espera: el enfermo que permaneció en cama pasó más tiempo en Urgencias. El tiempo real total transcurrido en Urgencias para los enfermos que esperaron en la sala fue en promedio 148 minutos, y para los que estuvieron en cama fue de 475 minutos ( $t= 8,25$ ,  $p<0,0001$ ). El tiempo percibido fue en promedio de 297 minutos para los que esperaron en cama frente a los 139 minutos de los que esperaron en la sala de espera ( $t= 3,45$ ,  $p=0,001$ ).

En cuanto al nivel de gravedad sentido por el paciente se observó relación con el tiempo real en Urgencias ( $F:14,60$ , 3 gl,  $p<0,0001$ ) pero no con el tiempo percibido. Las diferencias se marcaron entre los que consideraron su enfermedad muy grave con respecto al resto de los grupos. Con respecto al dolor, la diferencia entre el tiempo real y el percibido fue en promedio de unos 9,3 minutos (I.C. 95%: 1,0 a 17,6 minutos;  $t=2,2$ ,  $p=0,03$ ).

Por turnos, comprobamos que la mayor espera total en Urgencias parece tener lugar en el turno de mañana (280,1 minutos) frente a los 199,9 del turno de tarde y los 196,1 minutos del de noche ( $F=4,03$ ,  $p=0,02$ ). El tiempo de valoración inicial fue diferente según el turno en el que acudió el paciente ( $F=4,98$ ,  $p=0,008$ ): por la noche se tardó aproximadamente 15 minutos mientras que por la tarde el tiempo aumento hasta los 36 minutos (Scheffé:  $p=0,008$ ). El tiempo hasta ser valorado por el médico también resultó influido por el turno ( $F=13,17$ ,  $p<0,0001$ ): los facultativos tardaban en promedio 46 y 50 minutos en los turnos de mañana y tarde, y tardaban menos en el turno de noche, 18,1 minutos en promedio. El comportamiento de los tiempos percibidos es similar al real para los tiempos de primera asistencia por un sanitario y por el médico, pero no se observan diferencias con el tiempo total percibido de permanencia en urgencias.

El 16,9% de los pacientes que acudieron a Urgencias fueron visitados por algún especialista. La media del tiempo real hasta ser vistos por el especialista fue de 384,8 minutos (DE: 368,5) frente a los que no fueron vistos por éstos, 205,4 minutos (DE: 220,2) ( $t: 3,49$ ,  $p<0,001$ ).

Pudimos comprobar la existencia de una relación estadísticamente significativa entre la satisfacción del paciente y el tiempo percibido por el mismo con  $F:4,84$ ,  $p<0,029$ . También se puso en evidencia la relación entre la satisfacción y el tiempo transcurrido hasta la valoración inicial y la valoración médica real, así como con los tiempos percibidos (de valoración inicial, médica y tiempo total) (Tabla 2).

## DISCUSIÓN

En nuestra sociedad se manifiesta una exigencia de respuesta inmediata a las necesidades de salud, que contrasta con la burocracia exagerada del sistema<sup>5</sup>. Aunque "esperar" forma parte del proceso de cuidados, una sobrestimación del mismo por parte del paciente puede conducir a un grado mayor de insatisfacción<sup>3,6,7</sup>. En este estudio hemos corroborado<sup>2,3,8,9</sup> que la percepción del paciente sobre los tiempos en Urgencias, o tiempo de espera percibido, afecta a su nivel de satisfacción. Del mismo modo, y de acuerdo con Thompson<sup>2</sup>, consideramos que el tiempo de espera antes de ser visto por el médico (tiempo preproceso) es percibido como mayor, y cualitativamente más importante, que el mismo tiempo una vez valorado por el facultativo (proceso).

La falta de precisión observada al contrastar los tiempos percibidos y los reales se pone de manifiesto únicamente cuando hablamos de tiempos totales. Probablemente, la identificación dificultosa del personal sanitario, la alteración del estado mental debida a la ansiedad generada por la enfermedad, la ausencia de relojes visibles en Urgencias, la espera incierta, permanecer solo, incluso la posibilidad de no entender las preguntas realizadas en la encuesta, podrían derivar en esta valoración diferente de los tiempos<sup>2</sup>.

Para Krishel y Baraff<sup>10</sup>, entre otros autores<sup>7,9,11</sup> el tiempo de espera total no sería un predictor de la satisfacción pero sí una variable resultado que serviría a los profesionales como indicador de la calidad del servicio<sup>9</sup>. En este sentido, la puesta en marcha de un conjunto de medidas para agilizar el proceso de la toma de decisiones, clínicas y administrativas, podría reducir significativamente el tiempo medio de permanencia, aunque sería improbable que causara gran impacto en la percepción de los tiempos<sup>12,13</sup>.

La inexistencia de un área de cribado determinó un tiempo medio estimado para la valoración inicial del paciente de 29 minutos. Este tiempo se mostró claramente superior al referido en otros trabajos<sup>14,15</sup>. En nuestro estudio, el tiempo real transcurrido hasta el momento del alta fue de 235 minutos, mayor de la espera media reseñada en otros trabajos<sup>16</sup>, y mucho mayor que el percibido, lo que provocaría una mejor valoración de la satisfacción. En la mayoría de ocasiones, eran

problemas internos, que interferían en el drenaje de los pacientes hacia plantas de hospitalización<sup>17-19</sup>, los que originaban un incremento de los tiempos totales. La solución apuntaría a la necesidad de dinamizar dichos tiempos y conseguir una atención inicial más rápida, manteniendo al paciente informado sobre los procesos de asistencia habituales e incluso de los tiempos esperados<sup>2,11,20,21</sup>.

Los tiempos de espera para ser vistos por los especialistas fueron tan prolongados, en torno a las tres horas de media, que pudieron influir negativamente, incluso por encima del hecho de recibir una valoración especializada.

Una de las mejores medidas para favorecer la satisfacción del paciente sería la presencia o compañía de un familiar en el área de Urgencias. La implicación del familiar en el proceso de cuidar disminuye la angustia, crea sensación de protección en el paciente y refuerza el afrontamiento de la enfermedad<sup>17</sup>. El problema estriba en el diseño inadecuado de las unidades y la falta de beneplácito del personal asistencial. También la información recibida por el paciente y acompañante<sup>8,10,22</sup>, mejoraría la percepción de la atención.

La limitación más importante a tener en cuenta deriva del tipo de estudio observacional transversal, que nos impide establecer una relación de causalidad. Además conlleva, implícitamente, una intención de comparación<sup>20,23</sup>, entorpecida

por la variedad e idiosincrasia de los Servicios de Urgencias<sup>6,24</sup>.

Este estudio se circunscribió a un periodo de tiempo específico, de noviembre a febrero ambos incluidos. Esta situación podría constituir un sesgo de selección, debido a la estacionalidad de ciertas patologías. Según los estudios revisados<sup>4,25-27</sup>, la satisfacción no parece depender del tipo de patología, aunque sí se vería afectado por la mayor o menor presión asistencial que se produce en determinadas estaciones.

Como conclusión podemos decir que, por una parte, se pudo comprobar que los factores que se relacionaron con un mayor tiempo en Urgencias fueron: mayor edad, mayor gravedad, permanecer en cama, venir acompañado y el tiempo que transcurrió antes de ser valorado por algún sanitario. Por otra parte, se comprobó una relación estadísticamente significativa entre el tiempo total percibido y tiempos reales (transcurridos hasta la valoración inicial y la valoración por el médico), con respecto a la satisfacción del mismo.

Además, el tiempo total percibido se mostró como uno de los determinantes más importantes de la satisfacción, por lo que las acciones para mejorar la satisfacción no sólo deben ir encaminadas a mejorar el tiempo real (como indicador de calidad de la asistencia sanitaria), sino las percepciones que el paciente tiene sobre el tiempo que espera en el Servicio de Urgencias.

## BIBLIOGRAFÍA

- 1- Bayés R. El punto de vista del paciente en la práctica clínica hospitalaria. *Med Clin (Barc)* 2000;115:141-4.
- 2- Thompson DA, Yarnold PR, Adams SL, Spacone AB. How accurate are waiting time perceptions of patients in the emergency department?. *Ann Emerg Med* 1996;28:652-5.
- 3- López-Madurga ET, Mozota J, González I, Sánchez Y, Enriquez N, Moliner J. Satisfacción de los pacientes atendidos en el servicio de urgencias de un hospital de agudos. *Emergencias* 1999;11:184-90.
- 4- Corbett SW, White PD, Wittlake WA. Benefits of an informal videotape for emergency department patients. *Am J Emerg Med* 2000;18:67-71.
- 5- Hernán-García M, Jiménez-Martín JM, Cabrera A. Opinión de los usuarios sobre la calidad del Servicio de Urgencias del Centro Médico-Quirúrgico del Hospital Virgen de las Nieves. *Rev Calidad Asistencial* 2001;16:37-44.
- 6- Bursch B, Beezy J, Shaw R. Emergency department satisfaction: What matter most?. *Ann Emerg Med* 1993;22:586-91.
- 7- Boudreaux ED, Ari RD, Mandry CV, McCabe B. Determinants of patient satisfaction in a large, municipal ED: the role of demographic variables, visit characteristics, and patient perceptions. *Am J Emerg Med* 2000;18:394-400.
- 8- Thompson AG, Suñol R. Expectations as determinants of patient satisfaction: concepts theory and evidence. *Int J Qual Health Care* 1995;7:127-41.
- 9- Thompson DA, Yarnold PR, Williams DR, Adams SL. Effects of actual waiting time, perceived waiting time, information delivery, and expressive quality on patient satisfaction in the emergency department. *Ann Emerg Med* 1996;28:657-65.
- 10- Krishel S. Effect of emergency department information on patient satisfaction. *Ann Emerg Med* 1993;22:568-72.
- 11- Hedges JR, Trout A, Magnusson AR. Satisfied Patients Exiting the Emergency Department (SPEED) Study. *Acad Emerg Med* 2002;9:15-21.
- 12- Salazar A, Corbella X, Escarribill J. Estudio prospectivo de los enfermos que abandonan un servicio de urgencias antes de ser atendidos por el médico. *Med Clin (Barc)* 2001;116:35.
- 13- Boudreaux ED, O'Hea EL. Patient satisfaction in the Emergency Department: a review of the literature and implications for practice. *J Emerg Med* 2004;26:13-26.
- 14- Llorente S, Alonso M, Buznego B. Papel de la atención primaria en la frecuentación al servicio de urgencias de un hospital comarcal. *Aten Primaria* 1996;18:243-7.
- 15- Fernández A, Callejas JL, Paredes MI, Navarro D. Tiempos de espera y calidad asistencial en Urgencias. *Med Clin (Barc)* 2001;117:559.
- 16- Ávila E, Herrera A, Moreno J. Organización de la asistencia de un servicio de Urgencias. *Todo Hospital* 1992;85:71-5.
- 17- Llorente S, Arcos PI, Alonso M. Factores que influyen en la demora del enfermo en un servicio de urgencias hospitalarias. *Emergencias* 2000;12:164-71.
- 18- Miró O, Sánchez M, Coll-Vinent B, Millá J. Indicadores de calidad en Urgencias: comportamiento en relación con la presión asistencial. *Med Clin (Barc)* 2001;116:92-7.
- 19- Fitzpatrick R. Telling patients there is nothing wrong.[editorial]. *Br Med J* 1996;313:311-2.
- 20- Singer AJ, Sanders BT, Kowalska A, Stark MJ, Mohammad M, Brogan GX. The effect of introducing bedside TV sets on patient satisfaction in the ED. *Am J Emerg Med* 2000;18:119-20.
- 21- Torio J, García-Tirado MC. Relación médico-paciente y entrevista clínica (y II): opinión y preferencias de los médicos. *Aten Primaria* 1997;19: 27-34.
- 22- Montero FJ, Calderón de la Barca JM. Situación laboral de los SUH en España (I). *Emergencias* 2000;12:226-36.



- 23- Laine C, Davidoff F, Lewis CE, Nelson EC, Nelson E, Kessler RC, Delbanco TL. Important elements of outpatient care: a comparison of patients' and physicians' opinions. *Ann Intern Med* 1996;125:640-5.
- 24- Quintana JM, Aróstegui I, Arcelay A, García M, Ortega M, Candelas S. Encuesta de satisfacción a pacientes de servicios de urgencias de hospitales de agudos. *Gac San* 1999;13:38-45.
- 25- Gea MT, Hernán-García M, Jiménez-Martín JM, Cabrera A. Opinión de los usuarios sobre la calidad del Servicio de Urgencias del Centro Médico-Quirúrgico del Hospital Virgen de las Nieves. *Rev Calidad Asistencial* 2001;16:37-44.
- 26- Lledó R, Prat A, Vilella A, Losa J, Vendrell E, Trilla A, Asenjo MA. Evaluación de las expectativas de los pacientes antes del ingreso en un centro de tercer nivel. *Med Clin (Barc)* 1998;111:211-5.
- 27- Maderuelo JA, Carriedo E, Serrano M, Almaraz A, Berjón AC. Factores de insatisfacción con la asistencia sanitaria. Un estudio Delphi. *Aten Primaria* 1997;17:348-53.