

*Ammatuna, Gabriela Paola*

## **Validación de una herramienta que permita evaluar la experiencia del paciente en el Plan de Salud del Hospital Italiano de Buenos Aires, durante noviembre de 2019**

Doctorado en Ciencias de la Salud

*Tesis 2019*

*Cita sugerida:* Ammatuna GP. Validación de una herramienta que permita evaluar la experiencia del paciente en el Plan de Salud del Hospital Italiano de Buenos Aires, durante noviembre de 2019 [tesis de doctorado] [Internet]. [Buenos Aires]: Instituto Universitario Hospital Italiano de Buenos Aires; 2019 [citado AAAA MM DD]. 49 p. Disponible en: <http://trovare.hospitalitaliano.org.ar/descargas/tesisytr/20220209123130/tesis-ammattuna-gabriela.pdf>

Este documento integra la colección Tesis y trabajos finales de Trovare Repositorio del Institucional del Instituto Universitario Hospital Italiano de Buenos Aires y del Hospital Italiano de Buenos Aires. Su utilización debe ser acompañada por la cita bibliográfica con reconocimiento de la fuente.

Para más información visite el sitio <http://trovare.hospitalitaliano.org.ar/>





**HOSPITAL ITALIANO**  
de Buenos Aires

# Doctorado Ciencias de la Salud

Tesis doctoral

**Validación de una herramienta que permita evaluar la experiencia del  
paciente en el Plan de Salud del Hospital Italiano de Buenos Aires,  
durante noviembre de 2019**

Doctoranda: Lic. Gabriela Ammatuna  
+ 1 703-314-1904  
ammaturag@hotmail.com

Director de Tesis:  
Dr. Fernando R. Vázquez

## **Agradecimientos**

A los doctores Toby Cosgrove, Adrienne Boissy y Jason Wolf pioneros en experiencia del paciente quienes a través de su pasión y dedicación me enseñaron que una buena experiencia transforma resultados en salud, ellos motivaron un fuerte interés y compromiso profesional en el tema que me llevaron a realizar esta tesis.

A mi suegra Betty, que con su enfermedad me enseñó a comprender, transitar y experimentar las diferentes facetas de la experiencia, la del paciente, la profesional y la institucional.

A la dirección y docentes del Doctorado en Ciencias de la Salud del IUHIBA por su elevado profesionalismo y excelencia académica.

Al Dr. Fernando R. Vázquez, médico del servicio de Medicina Familiar HIBA, mi gran maestro y director de tesis a quien estaré infinitamente agradecida por su compromiso, dedicación y transmisión de conocimiento hacia la metodología estadística.

Al Dr. Sergio Terrasa, un excelente ser humano y gran experto en literatura médica, gracias por acompañarme.

Al Plan de Salud del Hospital Italiano Buenos Aires, al Dr. Ricci por su acompañamiento y apoyo.

Un reconocimiento muy especial a los médicos de medicina familiar, a la Dra. Kopitoski por permitirme trabajar con sus pacientes y servicio.

A Nancy Martínez y a todo el personal administrativo del HIBA que colaboro en la hermosa experiencia de trabajo de campo.

A la Licenciada Gabriela Lucchetti, su pasión por la docencia y la calidad en gestión fueron claves para culminar este proyecto.

A la familia, por su constante apoyo emocional y económico.

A mis compañeros del doctorado fueron una experiencia única y muy valiosa,  
**GRACIAS!**

<b>ÍNDICE DE CONTENIDOS</b>	<b>Pág</b>
Agradecimientos.....	2
Resumen.....	6
Abstract.....	8
1. Introducción.....	9
2. Estado de Arte.....	10
3. Marco Teórico.....	12
4. Formulación del Problema.....	21
5. Objetivos.....	21
5.1 Objetivo General.....	21
5.2 Objetivos Específicos.....	21
6. Justificación.....	22
7. Métodos.....	23
8. Resultados.....	29
9. Discusión y conclusiones.....	35
ANEXO I – INSTRUMENTO ORIGINAL.....	37
ANEXO II- INSTRUMENTO VALIDADO.....	41
Referencias.....	44

## ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla N° 1 Resultado del Análisis Factorial en la base completa. Considerando un factor. Matriz de componentes.....	30
Tabla N° 2 Resultado del Análisis Factorial en la base completa. Matriz de componentes rotados.....	31
Tabla N° 3 Tabla 3 – Resultados del Análisis Factorial de la primera mitad de la base. Matriz de componentes rotados.....	32
Tabla N° 4 Resultados del Análisis Factorial de la segunda mitad de la base. Matriz de componentes rotados.....	33

## **GLOSARIO**

**AFC:** Análisis Factorial Confirmatorio

**AHRQ:** Agency for Healthcare Research and Quality ‘Agencia de Calidad del Gobierno

**ALC:** América Latina y el Caribe

**AMA:** Asociación Médica Argentina

**CAHPS:** Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems

**NHS:** Sistema Nacional de Salud Británico

**OMS:** Organización Mundial de la Salud

**PPE-15:** Picker Patient Experience Questionnaire-15

## **Resumen**

**Antecedentes:** dado que la experiencia del paciente puede identificar cambios necesarios en los procesos de calidad y promover mejoras de gestión y resultados en salud, es necesario contar con instrumentos para evaluarla.

**Objetivos:** Validar psicométricamente un cuestionario que permita investigar la experiencia del paciente para explorar la percepción de los pacientes en la región.

**Métodos:** Se realizó un análisis de validez de constructo del cuestionario Picker (PPE-15) a través de Análisis Factorial Exploratorio (AFE), y validez de criterio externo o concurrente. Se estudió su confiabilidad a través del Alpha Ordinal.

**Resultados:** No se encontraron problemas de comprensión en las 30 encuestas iniciales. A partir del muestreo aleatorio completaron la encuesta 400 pacientes. El promedio de edad de la muestra fue 49 años y el 65% fueron mujeres. Al Análisis Factorial Exploratorio con un solo factor, hubo 9 ítems con cargas bajas (Ver Tabla1). Con dos factores, se distribuyeron 7 ítems en un constructo y 3 ítems en otro. El primer factor (o dominio), según el contenido de los 7 ítems que cargan predominantemente en el, podría denominarse “Comunicación efectiva y respeto”, y el segundo, según el contenido de sus tres ítems “Comprensibilidad y empatía”. (Ver Tabla 2, y ver contenido de los ítems en Anexo 1). Desde lo conceptual no encontramos razones de peso especiales como para conservar los 5 ítems que permanecieron con bajas cargas. La correlación de Pearson entre el cuestionario de 15 ítems y el cuestionario de 10 ítems fue significativa (0,000001) y muy fuerte (0,875), confirmando desde el punto de vista matemático, que se mantiene lo relevante del instrumento. La evaluación de la confiabilidad y de la validez de criterio externo mostró resultados aceptables.

En la validación cruzada (Cross Validation), los resultados en ambas mitades de la base fueron muy similares. Ver Tabla 3 y 4.

**Conclusiones:** la versión acortada del PPE-15 tiene buen desempeño psicométrico y alentamos su utilización para la evaluación y el monitoreo de la experiencia del paciente que puedan identificar cambios necesarios en los procesos de calidad.

**Palabras clave:** experiencia del paciente, validación de cuestionario, Análisis Factorial Exploratorio, Alpha Ordinal, validación externa o concurrente,



## **Abstract**

**Background:** Since the patient's experience can identify necessary changes in quality processes and promote improvements in management and health outcomes, there is a need for instruments to assess patient experience.

**Objectives:** To Psychometrically validate a questionnaire to investigate the patient's experience by exploring the perception of patients in the region.

**Methods:** A construct validity analysis of the Picker questionnaire (PPE-15) was performed through Exploratory Factor Analysis (AFE), and validity of external or concurrent criteria. Its reliability was studied through the Alpha Ordinal.

**Results:** No comprehension problems were found in the 30 initial surveys. From the random sampling 400 patients completed the survey. The average age of the sample was 49 years old and 65% were women. Regarding the Exploratory Factor Analysis with a single factor, there were 9 items with low loads (See Table 1). With two factors, 7 items were distributed in one construct and 3 items in another. The first factor (or domain), according to the content of the 7 items that predominantly load in it, could be called "Effective communication and respect", and the second, according to the content of its three items can be called "Understandability and empathy." (See Table 2, and see the contents of the items in Annex 1). From the conceptual point of view, we did not find any special reasons to keep the 5 items that remained with low loads. Pearson's correlation between the 15-item questionnaire and the 10-item questionnaire was significant (0.000001) and very strong (0.875), confirming from the mathematical point of view that the instrument's relevance is maintained. The evaluation of the reliability and validity of external criteria showed acceptable results.

In cross validation, the results in both halves of the base were very similar. See Table 3 and 4.

**Conclusions:** The shortened version of PPE-15 has good psychometric performance and we encourage its use for the evaluation and monitoring of patient experience that can identify necessary changes in quality processes.

**Keywords:** patient experience, questionnaire validation, Exploratory Factor Analysis, Alpha Ordinal, external or concurrent validation,

## 1. Introducción

El propósito de la presente investigación es validar un instrumento, que permita comprobar el grado de congruencia que existe entre las expectativas del paciente de una atención ideal en salud y la percepción de éste del servicio que recibió.

En este sentido, se definen los objetivos a partir de una posible necesidad de adaptación idiomática al castellano de Argentina, de las 15 preguntas del cuestionario *Picker (PPE-15)*, donde ya fue realizada la adaptación transcultural al español de España, y luego validar psicométricamente la herramienta.

Por otro lado, el estudio se centra fundamentalmente en la *experiencia del paciente* para mejorar la atención médica en general. De esta manera, surge la necesidad de diferenciar la satisfacción y la experiencia del paciente.

Se intenta la unificación de criterios que impliquen implementar un modelo de recepción al servicio de clínica médica y permita centrar el esfuerzo en la búsqueda de medir la experiencia en la asistencia y partiendo del paciente como centro.

A lo largo del trabajo se destaca la experiencia de paciente y la necesidad de identificar las expectativas profundas de los mismos, diseñando procesos de mejora en la experiencia del paciente que impacten de forma real en el ámbito clínico y su calidad de vida.

Asimismo, la finalidad del estudio cuantitativo es profundizar y poder concretar los efectos de los diferentes factores y el impacto de la crisis en las expectativas y las preferencias que buscan los pacientes.

Cabe destacar que, cambiar hacia un sistema centrado en la participación y experiencia del paciente implica un cambio integral y no una suma de intervenciones aisladas. Se trata de un cambio de paradigma, una visión nueva del rol del paciente en el sector salud.

La experiencia del paciente no es querer buscar hacerlo feliz, es hacer lo que es correcto para el paciente. Implica poner al paciente primero, tener en cuenta su seguridad, el cuidado de alta calidad.

## 2. Estado de Arte

Las organizaciones de la salud se abren a la idea de satisfacer no solo las necesidades sanitarias de sus pacientes, sino también sus expectativas, relativas tanto al servicio sanitario puro, como a los servicios periféricos que lo rodean (Vigilancia epidemiológica, seguridad e higiene de los alimentos, sanidad ambiental, salud laboral, entre otros).

En este sentido, la experiencia del paciente en la institución, durante la aplicación de los tratamientos, comienza a considerarse como uno de los indicadores más relevantes de la atención sanitaria y, por tanto, de las políticas y decisiones que se deriven de la misma. (Yelámos; Sanz; Marín; Martínez-Ríos; 2018; p.154).

Bezós Daleske (2014), advierte sobre la necesidad de diferenciar entre valorar la experiencia del paciente y medir su satisfacción. El autor hace referencia al informe del *King's Fund* sobre métricas de pacientes para el Sistema Nacional de Salud Británico (NHS).

Según el informe, la satisfacción del paciente es la forma en la que se han venido midiendo las opiniones de los pacientes sobre sanidad y expresa que; *“no hay consenso sobre qué campos debería abarcar (la satisfacción) y cuáles son los más importantes.”* El informe critica que la satisfacción del paciente se contemple a veces como medida de un resultado (satisfacción con el estatus de salud después de una intervención), y a veces como una medida de proceso (satisfacción con la forma cómo se ha proporcionado).

Para Bezós Daleske (2014), la satisfacción del paciente adquirió una gran relevancia durante los años 80 y 90. Actualmente, la salud es considerada como servicio, y su medición solo se orienta a los intereses de clínicos y gerentes, dejando a un lado el de los propios pacientes. Por lo que, existe una gran diferencia en cuanto a que la atención sea proporcionada en base a los estándares de calidad, a trabajar enfocándose en las necesidades y en la buena experiencia del paciente.

Por otro lado: *“trabajar conforme a la experiencia de paciente implica atender a las necesidades emocionales de éstos, aprender a empatizar, y todo esto sin perder la perspectiva clínica. Se trata de buscar soluciones prácticas a los problemas que van surgiendo. Saber hablar en el lenguaje del propio paciente e intentar adaptarse a la*

*mejor calidad en cuanto a la atención de sus necesidades. Se trata de escuchar, implicarse y preocuparse, y buscar soluciones prácticas a los problemas que se vayan presentando. Esto es muy valorado por los pacientes”.* (Bezoz Daleske; 2014)

Por su parte, la Asociación Médica Norteamericana destaca como indicador de calidad sanitaria la experiencia del paciente, en lugar de la “*satisfacción*”, que era el término que se empleaba hasta hace poco. Más allá de si los pacientes están satisfechos, el movimiento se centra en protocolos definidos, diseñados para reducir el estrés de los mismos y obtener mejores resultados.

La satisfacción del paciente es sobre lo que los pacientes piensan acerca de su tratamiento, mientras que la experiencia de los pacientes se centra en la coordinación del cuidado, la comunicación con los cuidadores y la capacidad de respuesta del personal. El movimiento de la experiencia del paciente ha estado creciendo durante años, pero ha cobrado impulso en Estados Unidos en parte gracias a la Ley de Asistencia Asequible y un impulso para vincular los pagos cada vez más al valor y la calidad de la atención. (Citado en Mateos, 2013).

Hernando Gálvez (2016), considera que, si bien las encuestas de opinión han demostrado ser una herramienta valiosa para medir la satisfacción del paciente, no han logrado llegar al corazón de su experiencia, ya que no evalúan aspectos importantes de ésta. Así, miden la capacidad de respuesta de los profesionales en determinados puntos del proceso de atención, pero no captan cómo se ha sentido el paciente durante el ciclo completo.

### **3. Marco Teórico**

La satisfacción está vista como un juicio acerca de si las expectativas fueron alcanzadas, mientras que las expectativas del paciente se relacionan con la seguridad del paciente y su cuidado. (Devkaran, 2014). El autor destaca también que la experiencia y la satisfacción de los pacientes son la primera prioridad de los ejecutivos de la salud, por encima de la calidad clínica, la reducción de los costos y otros temas candentes.

Los pacientes tienen un importante papel que desempeñar en evaluar y a la vez comunicar la eficacia de la asistencia sanitaria. En este marco durante las últimas décadas se han desarrollado iniciativas que buscan conocer los puntos de vista y percepción de los pacientes como aspectos clave del desempeño sanitario y la calidad de sus acciones (Hudon, 2011; Hodson, 2013). Cabe la pena destacar la distinción entre la satisfacción del paciente y la calidad percibida del paciente.

La satisfacción es definida como el grado de congruencia que existe entre las expectativas del usuario de una atención ideal en salud y la percepción de éste del servicio que recibió (Arenas, Fuentes, y Campos, 1993).

Mientras que la calidad percibida es definida como una evaluación efectuada por el usuario de la excelencia general del producto. De este modo, la calidad percibida es una variable evaluativa, en que algunos modelos plantean que el estándar es un ideal o bien una evaluación basada en la experiencia previa con el sistema de salud (Gotlieb, Grewal y Broen, 1994; Pascoe, 1983).

No es lo mismo medir desde una perspectiva organizativa (satisfacción) que de paciente (experiencia). Esto produce dos actitudes muy diferentes en el personal médico. Es importante medir desde experiencias concretas que vayan teniendo los pacientes en relación a la atención recibida, algún servicio específico, o relación con algún empleado o médico. (Egurrola, 2017).

Aplicar la experiencia del paciente significa poner sus prioridades primero. Asimismo, cuando los médicos se comunican mejor, se mejora la coordinación y las normas con las opciones de tratamiento incrementan (Devkaran, 2014).

En la práctica, virar hacia nuevos modelos centrados en el paciente, requiere abordar profundos cambios en todos los agentes del sistema de salud y a todos los niveles. Este

cambio de visión conlleva, asimismo, cambiar de un modelo paternalista a otro basado en una relación más colaborativa, donde se escuche e incorpore la opinión del paciente (y sus familiares), donde se ceda parte del control y se delegue parte del poder, permitiendo al paciente ejercer su autonomía (DBSH: Deusto Business School Health, “Foro de Transformación Sanitaria: Experiencia y Participación del Paciente”; 2017; p.5).

La satisfacción y la calidad asistencial son la base de lo que se conoce como Experiencia de Paciente, que se compone de seis dimensiones: la dimensión física, la calidad asistencial, los aspectos emocionales, el contexto familiar, laboral y social, y la dimensión simbólica, referente a las creencias personales de naturaleza simbólica.

En este marco, definir y medir la Experiencia del Paciente supone un reto para los Directivos de la Salud y la gestión sanitaria, por cuanto cumple el objetivo de concretar el compromiso del sistema con los pacientes, desde la satisfacción, y al mismo tiempo aportando eficiencia en términos de utilización y acceso al sistema, así como en resultados (Rodríguez,2019).

A pesar de las dificultades para hallar una definición universalmente aceptada, el concepto de Calidad de la Atención en Salud está vinculado a la satisfacción de las necesidades y exigencias del paciente individual, de su entorno familiar y de la sociedad como una totalidad. Se basa en la organización de un cambio cuyo objetivo es lograr niveles de excelencia en las prestaciones eliminando errores y mejorando el rendimiento de las instituciones (Asociación Médica Argentina; 2011; p.60).

Por otro lado, desde el punto de vista de la disciplina sanitaria, definir el concepto de calidad no es fácil, ya que el usuario de un servicio tendrá en cuenta la competencia o el comportamiento del personal; el facultativo la medirá basándose en sus conocimientos y en la tecnología empleada; y el responsable de la gestión la definirá en relación con la eficiencia del personal y de las instalaciones.

Los estudios de calidad en el sector se han basado en la medición de tres dimensiones básicas: la estructura, el proceso y los resultados, existiendo bastante unanimidad al considerar que, si bien pueden estudiarse aspectos como la accesibilidad, la eficiencia o la calidad científico-técnica, ningún estudio de calidad será completo si no se analizan las diferencias entre las expectativas de los ciudadanos y la percepción real del servicio.

Siguiendo esta línea, en el sector sanitario los estudios para medir la calidad percibida de un servicio se han llevado a cabo a partir del análisis del grado de satisfacción de los usuarios, metodología que ha evolucionado desde cuestionarios de dudosa fiabilidad hasta estudios factoriales con una importante base estadística (Niedz, 1998; Neto, 2000; Vinagre y Neves, 2008; Correia-Loureiro y Miranda-González; 2009; p.29).

Para Crow et al. (2002), la satisfacción y su evaluación son elementos importantes a la hora de analizar la gestión de los servicios de salud. A pesar de los problemas existentes a la hora de delimitar el concepto de satisfacción y las dificultades que existen en su medida, se trata de un término habitualmente empleado.

La evaluación de la satisfacción del paciente forma también parte del proceso de prevención, y como tal, permite identificar las disfunciones existentes en la organización, así como contribuir al impulso de la mejora de la calidad.

Crow et.al (2002), consideran que existe una relación entre la satisfacción del paciente y los resultados clínicos, de forma que un elevado grado de satisfacción permite una mejor relación entre el paciente y el profesional de la salud.

La selección de los servicios de salud, por parte de los pacientes, es un indicador objetivo en la satisfacción de dichos servicios. Si bien, no se debe olvidar que los servicios de salud son multidimensionales y muchos de los medios empleados para medir la satisfacción, muestran las preferencias relativas de los pacientes ante diferentes atributos (Crow et al., 2002; citado en Correia-Loureiro y Miranda-González; 2009; p.30). Considera el autor que miden su satisfacción y la de sus familiares en relación a la comunicación, pero no son capaces de captar el impacto que puede haber tenido la mala comunicación, generadora de confusión o ansiedad. Miden la continuidad en la atención, pero no captan las ineficiencias del sistema o duplicidad de pruebas que retrasan el diagnóstico o el tratamiento.

Por otro lado, el informe Press Ganey (2015) define las estrategias clave para que las organizaciones de atención médica compitan en el entorno cambiante de la atención médica actual. La mejora de la experiencia del paciente ya no es una opción, sino una necesidad, cada vez más las organizaciones médicas, buscan crear un vínculo con sus pacientes. La calidad y la seguridad médica, por sí solas, ya no son decisivas en la elección del centro, ni son una garantía de éxito a nivel de reconocimiento y prestigio.

Los pacientes cada vez más buscan un componente emocional, algo que les haga sentir que el servicio sanitario que reciben es diferencial. En este sentido, los profesionales sanitarios son la pieza angular en este aspecto: *“el paciente desea contar con profesionales empáticos y competentes que trabajen en equipo a su favor”*.

El Informe especial Press Ganey (2018): “El estado de la experiencia del paciente: perspectivas de liderazgo y estrategias clave”; proporciona una visión única del estado actual y la dirección futura de la experiencia del paciente como un factor fundamental para la transformación de la atención médica. La alineación estratégica del liderazgo, los recursos y los esfuerzos de mejora se identifican como ingredientes esenciales para lograr un progreso significativo. Al involucrar al liderazgo y a los médicos en los esfuerzos de cambio, comprometerse con la atención centrada en el paciente e inculcar la responsabilidad y la coherencia como valores fundamentales en todos los niveles de la estructura organizativa, los sistemas de atención de salud pueden lograr y sostener ganancias significativas hacia sus objetivos de transformación.

Cabe destacar que, la calidad de la experiencia del paciente ha sido investigada globalmente por el Beryl Institute, en “State of Patient Experience 2015: A Global Perspective on The Patient Experience Movement”. El último estudio comparativo del Instituto Beryl sobre la experiencia del paciente ofrece implicancias prácticas para alentar a las organizaciones a liderar la excelencia en la experiencia.

Una de las definiciones más utilizadas y aceptadas a nivel mundial, es la desarrollada en el Beryl Institute que señala la experiencia del paciente como *“la suma de todas las interacciones, configuradas por la cultura de una organización, que influyen en las percepciones del paciente, a lo largo de la continuidad del cuidado”*.

En este sentido, para Wolf et al. (2014), la experiencia del paciente es subjetiva y evalúa todo el proceso aun después de haber obtenido un resultado positivo o negativo, tomando en cuenta la coordinación del cuidado, la comunicación con los cuidadores, la toma conjunta de decisiones, el compromiso del paciente y su familia, así como la capacidad de respuesta del personal. Los autores destacan que, la definición propuesta por el Beryl Institute, abarca de forma general el concepto de experiencia del paciente, ya que incluye elementos básicos como son: la suma de todas las interacciones del paciente con la institución, la influencia de la cultura de la organización en la experiencia vivida por el paciente, la importancia de considerar sus percepciones o



valoraciones, así como identificar estas vivencias dentro de un continuo de la atención recibida. Aunque indican que existen tres aspectos, que no están contemplados en esta definición de forma explícita, y que sería necesario incluir para mejorar la comprensión del concepto y alcanzar una mayor aplicabilidad. Estos serían: la alianza y compromiso activo del paciente y la familia, la necesidad integral de centrarse en la persona y un reconocimiento del carácter amplio e integrado de la experiencia en general, incluyendo de esta forma aspectos relativos la calidad asistencial, seguridad terapéutica, etc. (Wolf; et al.; 2014; Citado en Yélamos, Sanz, Marín, Martínez-Ríos; 2017; p.155-156).

Asimismo, y de acuerdo a los resultados obtenidos en el foro de DBSH (2017), surge que: *“Trabajar con la experiencia del paciente significa poner las medidas necesarias para comprender lo que el paciente vive y experimenta durante sus diferentes contactos con el sistema sanitario, para analizar cómo se pueden mejorar las interacciones con el mismo, pero también para comprender qué sucede más allá de las interacciones conocidas y cómo afectan al proceso de la enfermedad y calidad de vida del paciente. Esta comprensión y análisis permiten por tanto mapear y definir un viaje completo de la vivencia del paciente, y ayudan a implementar iniciativas que garanticen el alineamiento entre las necesidades del paciente y la atención provista por el sistema sanitario”*. (DBSH; 2017, p.4).

Es así que, el Instituto Picker con su sede central en Europa desarrolló una investigación, de nombre *“The Picker Patient Experience Questionnaire development: PP-15 and validation using data from in patient surveys in five countries”* (Jenkinson, 2002). Cabe destacar que el *Cuestionario de Experiencia del Paciente Picker (PPE-15)*, se compone de quince preguntas que incluyen información, educación y coordinación de la atención.

El instrumento *Picker Patient Experience* es una herramienta útil, coherente, de secuencia lógica, con interrogantes de fácil comprensión para el lector y que además, incorpora temas de calidad que actualmente no se están midiendo y son necesarios de evaluar (LaVela, Sherri, Gallan; 2014).

En este orden de ideas, se realizó una adaptación transcultural y una validación del cuestionario *Picker Patient Experience Questionnaire-15 (PPE-15)* al español de España, para explorar la percepción de los pacientes sobre el proceso de información y la participación en la toma de decisiones durante el ingreso hospitalario. Se llevó a cabo

una prueba piloto para comprobar la aceptabilidad y la viabilidad del cuestionario. Finalmente, se evaluó la validez de concepto, fiabilidad y consistencia interna a través de un estudio transversal (Barrio-Cantalejo, et al., 2009; p.192).

El PPE-15 se obtuvo en el marco de una investigación, en la que 62.925 pacientes de 4 países europeos (Reino Unido, Alemania, Suecia y Suiza) y Estados Unidos respondieron cuestionarios que incluían las preguntas del PPE-15 (Jenkinson, 2002). Este hecho posibilita utilizar el PPE-15 para comparar resultados entre diferentes países. Posteriormente, se ha comprobado que incluir estas 15 preguntas en cuestionarios de diferente extensión no afecta a su validez (Barrio-Cantalejo, et al., 2009).

Parte de las dimensiones que explora el PPE-15 se refieren a la información que reciben los pacientes y sus familias y a las posibilidades que tienen de participar en las decisiones. Esto es lo que se conoce como el proceso de consentimiento informado, a pesar de que lo más frecuente es, por desgracia, reducir éste a la burocracia de la firma de papeles por los pacientes (Barrio et al., 2009; p.193)

En el mundo sanitario el desarrollo de instrumentos que exploran la perspectiva de los usuarios ha sido especialmente intenso. Sin embargo, se ha señalado su desigual calidad, validez, fiabilidad o consistencia y, por tanto, se ha insistido en la dificultad para comparar sus resultados. Por eso, en el siglo XXI ha surgido la necesidad de desarrollar nuevas herramientas.

En Estados Unidos ha sido la AHRQ (Agency for Healthcare Research and Quality ‘Agencia de Calidad del Gobierno’), mediante su programa CAHPS (Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems), la primera en hacerlo. En Europa, esta perspectiva no está unificada, por lo que cada país ha desarrollado sus propios instrumentos.

Tal es el caso de, Francia, Finlandia y Noruega, quienes se encuentran trabajando muy activamente en esta línea. En España también se ha investigado al respecto de acuerdo con las diferentes orientaciones, como la aplicación del SERVQUAL (Parasuraman et al., 1988), como el desarrollo de instrumentos específicos.

Sin embargo, se ha generalizado más el uso de encuestas de tipo sociológico desarrolladas por organismos oficiales. Este es el caso del Barómetro Sanitario del

Ministerio de Sanidad y Consumo, o de las encuestas en las diferentes comunidades autónomas, como, por ejemplo, Andalucía. (Barrio et al., 2009; p.193)

En cuanto a los modelos de experiencia de pacientes, Bezos Daleske (2018) señala los diferentes modelos de experiencia de paciente con los que se trabaja a ambos lados del Atlántico, ya que en muchos casos se mezclan y se confunden. El autor destaca las diferencias entre el modelo estadounidense y el modelo europeo.

Respecto al modelo estadounidense orientado al paciente como consumidor, y con un componente de marketing mucho más fuerte que los modelos europeos, ha sido un éxito, principalmente, por ser un sistema sanitario privado, en el cual la fidelización de los pacientes es fundamental, y el hecho de que los índices de satisfacción de pacientes se ligen en un 30% a bonos de reembolso de Medicare<sup>1</sup> (el 70% restante se liga al desempeño clínico).

En cuanto al modelo europeo, según Bezos Daleske (2018), el mismo está orientado al paciente como ciudadano, y dice que no se puede hablar en rigor de un modelo europeo de sanidad, dado que en el continente existen varios sistemas de salud con mayor o menor convivencia de los sectores privado y público y formas de relación entre ellos.

En España los hospitales privados tenderían a adoptar el modelo americano con su orientación al marketing, mientras que los públicos escogerían el modelo europeo, con sus dimensiones integrales y su acento ciudadano.

Para el Sistema Británico de Salud, destaca Bezos Daleske (2018), el marco de la experiencia del paciente recoge ocho dimensiones, entre las que se encuentran el respeto por los valores y preferencias de los pacientes, la coordinación del cuidado, el apoyo emocional y la continuidad de cuidados, entre otros.

Otra institución europea de referencia, el Picker Institute, también establece dimensiones similares, con alguna diferencia, como la involucración del paciente en la toma de decisiones o la participación de familiares y cuidadores.

En la región de América Latina y Caribe (ALC), la mayoría de los países buscan reformar sus sistemas de salud para lograr la cobertura universal y mejorar la eficiencia de sus gastos sanitarios, al tiempo que cumplen con las expectativas cada vez mayores

---

<sup>1</sup> Medicare es el programa de seguro de salud de los EE.UU. para las personas mayores de 65 años de edad. Las personas menores de 65 años también pueden tener derecho a Medicare si tienen ciertas incapacidades

de los ciudadanos acerca de la calidad de la atención. El papel de la atención primaria de salud (APS) se destaca como clave para lograr esos objetivos de forma integrada.

Por tanto, el Banco Interamericano de Desarrollo llevó a cabo, entre 2012 y 2014, la Encuesta sobre Acceso, Experiencia y Coordinación de la Atención Primaria de Salud en América Latina y el Caribe, en poblaciones adultas de Colombia, México, Brasil, El Salvador, Panamá y Jamaica, buscando contribuir al diseño de políticas públicas de salud, y considerando especialmente el punto de vista de los pacientes (Guanais et al., 2018; p.4).

En Argentina, a partir de la difusión de resultados de diversos estudios, que evidencian la magnitud de eventos adversos directamente atribuibles al cuidado médico y su impacto en la salud, la seguridad del paciente se ha transformado en un aspecto prioritario y gravitante para mejorar la calidad de la atención sanitaria.

Para el análisis de los errores de la atención, generalmente se reconocen dos enfoques contrapuestos: uno centrado en la persona y otro centrado en el sistema. Existe consenso sobre las enormes implicancias de adoptar uno u otro enfoque en las instituciones de salud. Un cuidado seguro va más allá de un servicio de calidad: en él, el ser humano debe constituir el eje principal de la tarea. Esta concepción humanística está relacionada con una atención centrada en la persona. El modelo en cuestión requiere que se asuman responsabilidades por parte del sistema, de los profesionales y de los pacientes. Cumplir esta premisa es una meta de calidad asistencial, que repercute en la salud de los pacientes y la del sistema (García Diéguez et al., 2019; p.15-16).

En este contexto, es importante analizar la viabilidad de aplicar la herramienta Picker (PPE-15), en su versión en español, luego de haberse evaluado su confiabilidad y validez, cuando actualmente las tendencias en la obtención de indicadores de calidad percibida están cambiando en el mismo sentido que lo está haciendo la sanidad, hacia una medicina basada en el valor agregado.

De este modo, en sanidad, la experiencia se define como *“la totalidad de hechos y de interacciones que se suceden a lo largo del proceso de atención”* (Goodrich, Cornwell; 2008; Citado en Peña, García Triana, Rodríguez Fuertes; 2014; p. 4).

Cabe destacar que, las aproximaciones realizadas según este modelo de trabajo, han demostrado que, además de conseguir una mayor satisfacción en el paciente por la mejora del servicio, también influye positivamente en los resultados clínicos y permite reducir los costes de gestión. (Frampton, et al., 2008; Citado en Peña, García Triana, Rodríguez Fuertes; 2014; p.4).

Por último, y pese a los avances descritos, un cambio de paradigma es un viaje de largo recorrido. Todavía queda mucho trayecto por realizar y grandes retos que superar. Como por ejemplo: la participación de los pacientes en los órganos de decisión, la involucración de los pacientes en los procesos de investigación o la garantía en el acceso a los tratamientos innovadores.

Para conseguir superar estos retos, son necesarios espacios que promuevan el intercambio de experiencias, conocimiento, casos de éxito y buenas prácticas que ayuden a visibilizar los resultados y lecciones aprendidas. En definitiva, espacios para poder avanzar más rápidamente hacia el cambio y ayudar a la sistematización de iniciativas, ya que la pluralidad del sistema es fuente de riqueza y variedad de experiencias. (DBSH, 2017: p.6).

#### **4. Planteamiento del Problema**

*¿Es válido el Cuestionario de Experiencia del Paciente Picker (PPE-15) para evaluar una población de Buenos Aires, Argentina?*

#### **5. Objetivos**

##### **5.1 Objetivo General**

Validar una herramienta en nuestro país que permita estudiar la experiencia del paciente, en relación con la calidad de atención en el plan de salud del Hospital Italiano de Buenos Aires sede central, durante el mes de noviembre del año 2019.

##### **5.2 Objetivos Específicos**

- Adaptar idiomáticamente al castellano de Argentina, las 15 preguntas del cuestionario *Picker (PP-15)*, ya adaptadas transculturalmente al español de España.
- Evaluar la validez de constructo y la confiabilidad, a través de Análisis Factorial, comprobando la distribución de las preguntas en factores o dominios, y el grado de fiabilidad de los mismos.
- Analizar la validez de criterio externo, mediante la correlación del cuestionario total con una pregunta general sobre experiencia del paciente.

## 6. Justificación

La importancia de la presente investigación es la de disponer de un instrumento, en el ámbito de la salud, con posibilidad de aplicar repetidamente en la práctica clínica, siendo sometido a un proceso de validación, que permita explorar y evaluar la experiencia del paciente, de acuerdo a la calidad de atención por parte de la organización sanitaria.

Nuestro equipo revisó la literatura internacional al respecto de la evaluación de la experiencia del paciente. Dos grandes corrientes existen al respecto. Una la conforma la Agencia para la investigación y la calidad sanitaria, (AHRQ, Agency for Healthcare Research and Quality), y su instrumento es el CAHPS “Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems” (Evaluación de consumidores de proveedores y sistemas de atención médica). El CAHPS fue validado en Argentina en el año 2005 (García-Elorrio, 2005). Es una herramienta extensa, de 27 ítems, que ha tenido problemas de “efecto techo”, lo que otorga menor sensibilidad a las herramientas, al menos en la práctica local (Informe HEDIS Hospital Italiano, 2011). Por otro lado está la experiencia europea con el instituto Picker. Desde este instituto se han confeccionado cuestionarios con alrededor de 100 ítems, variando de acuerdo a los países (Jenkinson, 2002); basados en cuestionarios Picker, se han desarrollado también instrumentos de 33 y 15 ítems (Barrio-Cantalejo et al., 2009; Jenkinson, 2002, respectivamente). Nuestro equipo jerarquizó la longitud del test, para que fuera factible de mediciones repetidas en nuestro medio, dado que la longitud de la herramienta dificulta la completabilidad de las encuestas por parte de los pacientes y agrava los costos para encuestas, que por ser de calidad de atención, deben repetirse secuencialmente.

Por este motivo fue seleccionado el cuestionario Picker PP-15. (Jenkinson, 2002). Las 15 preguntas constitutivas de este cuestionario fueron adaptadas transculturalmente al español de España (Barrio-Cantalejo et al., 2009).

Dado que los objetivos de este trabajo son la evaluación del comportamiento psicométrico de un cuestionario a través de la Validez de Constructo, Confiabilidad y Validez de Criterio, definiremos estos conceptos en esta sección introductoria.

La *Validez de constructo* es el grado en que una medida o conjunto de medidas representan correctamente el concepto que se estudia, es decir, el grado en que se está libre de errores sistemáticos o no aleatorios. La validez se refiere a la bondad con que las medidas definen el concepto (Hair et al., 2018; p.73).

La *Confiabilidad* es una medida de la consistencia interna de los indicadores del constructo, que representa el grado en que éstos «indican» el constructo común latente (no observado) (Hair et al., 2018).

La *Validez de criterio externo o concurrente*, es el grado en que un test correlaciona con variables ajenas al test (criterios), con los que se espera por hipótesis que debe correlacionar de un modo determinado. Si la correlación entre ambos test es de 0,70 o más, entonces las dos están tocando casi lo mismo. Si la correlación es muy baja (por debajo de 0,30), las medidas no están relacionadas en absoluto, lo que significa que una escala está midiendo algo completamente diferente de la otra. En este caso, el desarrollador de la prueba está buscando una correlación en algún lugar entre 0,30 y 0,70 (Streiner, 1993).

La finalidad del estudio fue profundizar y poder concretar los efectos de los diferentes factores y el impacto en las expectativas y las preferencias de los pacientes.

Asimismo, es importante concientizar a los actores y los trabajadores de la salud, sobre los resultados obtenidos, permitiendo tomar ventaja para su futuro desarrollo y desenvolvimiento profesional.

En un modo puramente específico, esta investigación podrá servir para que la investigación científica pueda evaluar y aportar crecimiento en otras áreas de servicio. Por ejemplo, servicios de Traumatología; Ginecología y Obstetricia.



## 7. Métodos

La población del estudio estuvo conformada por las personas que perteneciendo a la prepaga del Plan de Salud del Hospital Italiano de Buenos Aires, acudieron, porque tenían turno con algún profesional, a la sala de espera del Plan de Salud del Hospital Italiano, sede central, Servicio de Medicina Familiar, los días hábiles de lunes a viernes, entre el 10 de noviembre y el 10 de diciembre del año 2019.

Para el tamaño muestral se consideró lo planteado por Brown (2006), al respecto que los modelos con 15 indicadores o ítems pueden trabajarse con un n de 150. Por su parte, Jöreskog (1994), recomienda un n de 400 para modelos pequeños. Consideramos entonces un tamaño muestral mínimo de 400.

El muestreo fue aleatorizado. Se empleó el muestreo por conglomerados. Se dividió la base del muestreo en una serie de unidades de primer orden. Cada día hábil, de lunes a viernes, del 10 de noviembre al 10 de diciembre del año 2019, fue dividido en dos unidades de primer orden de seis horas cada una.

Las mismas fueron por la mañana (de 8 a 14 horas) y por la tarde (de 14 a 20 horas). Es decir que, considerando los días hábiles de lunes a viernes del 10 de noviembre al 10 de diciembre del año 2019, contábamos con al menos 40 unidades de primer orden.

Para lograr el tamaño de la muestra, se estimó necesario encuestar en 6 unidades de primer orden que fueron escogidas al azar, del total de unidades de primer orden. En cada ocasión se encuestó desde el principio hasta el final de la correspondiente unidad de primer orden, hasta llegar al n de 400.

Se encuestó a todos los adultos de 20 a 64 años que estaban en la sala de espera, esperando turno con algún profesional, durante las unidades de primer orden seleccionadas al azar, teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión (ver enseguida), y que no se negaran a participar.

Los criterios de inclusión y exclusión, fueron los siguientes:

Criterios de inclusión

Personas adultas del plan de salud del Hospital Italiano de Buenos Aires que hayan tenido un procedimiento programado en el hospital central en el último año. Entre los procedimientos se incluyeron: punción biopsia de tiroides, mama, prostática transrectal, hepática, cinecoronariografía, fibrobroncoscopía, cistoscopia, diálisis, laparoscopia, endoscopia, diálisis, colonoscopia, histeroscopías, artroscopías, y cesáreas.

Criterios de exclusión:

Dado que se utilizó la modalidad autoadministrada, se prefirió no realizar en adultos mayores por el mayor riesgo de errores de comprensión.

También se excluyó a las personas que tenían menos de un año de afiliados a la prepaga Plan de Salud, y a las personas que vivían en el interior del país y utilizaban con frecuencia otros centros de salud por fuera del Hospital Italiano, dado que no tenían el conocimiento suficiente acerca del funcionamiento del hospital analizado.

Dado los motivos detallados en la sección anterior (Justificación), decidimos utilizar el cuestionario Picker PP-15. (Jekinson, 2002). Como ya especificamos antes las 15 preguntas constitutivas de este cuestionario fueron adaptadas transculturalmente al español de España (Barrio-Cantalejo et al, 2009).

Los encuestadores preguntaron a los pacientes si habían realizado algún procedimiento programado en el último año, explicando claramente a que se referían con esto.

Los cuestionarios fueron completados en forma individual. Los encuestadores permanecieron en la sala pero sólo participaron si surgía una pregunta de parte de algún paciente. Como expresa la bibliografía local (Vázquez, 2008), menos del 3 % de los pacientes se negaron a participar.

En primer lugar se realizaron 30 encuestas para analizar la comprensión de las preguntas por parte de los pacientes. No se encontraron motivos para sospechar dificultades en la interpretación de los ítems. De otra manera, como se expresó en el Plan de Tesis, se hubiera conformado un grupo de expertos para efectuar cambios adaptativos en aquellos ítems que hubieran necesitado.

Luego de esto se continuó la encuesta hasta completar la muestra necesaria de 400 participantes.

Este cuestionario, desde su conformación inicial, en un estudio que se llevó a cabo en Estados Unidos, Suiza, Suecia, Inglaterra y Alemania (Jenkinson, 2002), nunca fue evaluado en lo concerniente a su validez de constructo con análisis factorial. Para conformar los 15 ítems los autores originales realizaron un análisis de correlaciones y Alpha de Cronbach a partir de un total de 40 ítems, donde fueron eliminando aquellos ítems que presentaron peores características psicométricas. Se lo entendió como un cuestionario unidimensional o de un solo constructo, o factor (Jenkinson, 2002).

Se desestimó considerar la estructura de 4 factores, según el resultado del Análisis Factorial Exploratorio realizado en el estudio de Barrio-Cantalejo (2009), ya que en este análisis se incluyeron 18 ítems a los 15 de esta escala, conformando un cuestionario de 33 ítems sobre el que se llevó a cabo el análisis factorial.

Con la base total de 400 pacientes, comenzamos a realizar Análisis Factorial Confirmatorio (AFC), considerando un solo factor. Tuvimos problemas numéricos propios de trabajar con correlaciones policóricas en AFC (Hoffman, 2013). Concretamente, problemas de salidas informando matrices definitivamente negativas (Hoffman, 2013). Por ese motivo preferimos avanzar con Análisis Factorial Exploratorio (correlaciones Pearson). El análisis factorial exploratorio puede ser utilizado aún con variables ordinales de 3 categorías (Streiner, 1994).

Consideramos arbitrariamente una carga mínima de 0,45. Dado que varios ítems (nueve) presentaron cargas bajas en un modelo unifactorial, consideramos la posibilidad de analizarlo teniendo en cuenta dos factores. La dificultad en este sentido radicó en que la herramienta originalmente fue concebida como unidimensional, por eso fuimos prudentes en agregar factores. Sin embargo un factor más nos pareció válido conceptualmente, al analizar el contenido de los ítems.

Al agregar otro factor 10 ítems tuvieron buena carga y cinco se consideraron candidatos para la eliminación, evaluando antes conceptualmente sus contenidos para ver que no fuera ninguno esencial para la herramienta.

Los 5 ítems que presentaron bajas cargas factoriales y fueron eliminados (el 1, 2, 7, 8 y 10, ver Anexo 1), no presentaron a nuestro criterio condiciones conceptuales que impidieran la exclusión.

Complementando la consideración conceptual se evaluó la correlación entre el instrumento con 10 ítems (ver Anexo 2) y el instrumento completo con 15 ítems (ver Anexo 1). Según la literatura especializada (Streiner, 1993) un valor mayor de 0,8 de correlación, nos estaría hablando de que estamos frente a un mismo instrumento. Esto servirá para evaluar desde el punto de vista matemático si la eliminación de los 5 ítems es relevante para la herramienta.

Como validación cruzada (Cross Validation), se realizó el mismo análisis factorial en las dos mitades de la base, como sugiere la literatura (Lloret-Segura, 2014; y Stalmeijer 2010), luego de haberse aleatorizado el orden de la base.

Para evaluar la confiabilidad se determinó el valor de Alpha Ordinal siguiendo lo recomendado por la literatura (Gaderman, 2012), y no el Alpha de Cronbach, ya que se trabajó con variables ordinales (de 3 categorías).

Para los cálculos correspondientes seguimos el instructivo recomendado por expertos en el tema: Oleden y Zumbo, 2008. Utilizamos el programa Mplus. En cuanto al análisis, ambos coeficientes (Alpha ordinal y Alpha de Cronbach) son conceptualmente iguales (Gaderman, 2012).

De los 10 ítems que se mantuvieron (ver 6 párrafos antes), un factor contuvo siete ítems y el otro factor sólo 3 ítems. La fiabilidad depende del número de ítems (Meneses, 2014). Por lo tanto la determinación del valor mínimo aceptable del coeficiente, debe considerar la longitud del test (Meneses, 2014).

Como regla general, para medir la fiabilidad, la literatura sugiere como valor aceptable, a partir de 0,6 (Hair, 2018). Y como valor inaceptable menor de 0,5 (George y Mallery, 2013).

Asimismo, se evaluó el valor de Alpha ordinal para ambos factores y para el cuestionario completo.

Por otro lado, se midió también la confiabilidad con el método de las dos mitades (Meneses, 2014).

Se siguió la sugerencia de la literatura al respecto de utilizar los ítems pares e impares, y no los primeros y los últimos, dado que el que contesta puede tener algún grado de

tedio o cansancio y perjudicar la exactitud del valor (Meneses, 2014). Antes de correlacionar el promedio de ambas mitades fue necesario invertir los ítems 3 y 5.

Por último se evaluó la validez de criterio externo o concurrente considerando la correlación del instrumento (promedio de los ítems conservados) con una pregunta general acerca de si recomendaría la institución a un amigo o miembro de su familia (Ver pregunta 16, en Anexo 1).

Antes de crear la variable promedio, también fue preciso invertir los ítems 3 y 5. Además se consideró necesario no tener en cuenta en este promedio el ítem 6, dado que su contenido era personal y no afectaba, a nuestro criterio, la intención de recomendar la institución a familiares o amigos, según el desempeño de la misma.

Trabajamos con correlación poliserial dado que una de las variables o ítems (el que pregunta sobre si recomendaría o no) es ordinal de 5 categorías. Utilizamos el programa Lisrel 10.20. Según la literatura especializada (Streiner, 1993), el valor esperable de correlación de instrumentos que no son iguales pero miden aspectos yuxtapuestos puede variar de 0,3 a 0,7.

Los procedimientos para garantizar los aspectos éticos de la investigación fueron los siguientes:

Como ya dijimos el cuestionario fue auto-administrado respetando el anonimato de los pacientes y la confidencialidad de los datos según las normas regulatorias de la investigación en salud humana a nivel nacional, en concordancia con la Resolución Ministerial N° 1480/2011, la declaración de Helsinki y sus enmiendas.

La participación de los individuos fue libre y voluntaria, precedida por la lectura por parte de la doctoranda o quien colaboró con ella, del texto del consentimiento informado, y la aceptación verbal del usuario.

El estudio fue de bajo riesgo y no involucró ensayos en seres humanos ni animales. Se siguieron las normas, protocolos y procedimientos establecidos por el Hospital Italiano de Buenos Aires. El primer paso se hizo presentando un Protocolo al Comité de Ética de protocolos de investigación (CEPI) del Hospital Italiano. Obtenida su aprobación, se respetaron las normas.

Ninguno de los participantes de este estudio recibió compensación económica, ni beneficios personales de otro tipo. La doctoranda declara no haber tenido ningún tipo de conflicto de intereses.

## **8. Resultados**

De acuerdo a los resultados obtenidos, se puede decir que no se encontraron problemas de comprensión en las 30 encuestas iniciales.

Asimismo, y mediante un procedimiento de muestreo aleatorio, completaron la encuesta 400 pacientes.

La muestra estuvo compuesta por hombres y mujeres, donde el 65% fueron mujeres, y el promedio de edad de la muestra fue 49 años .

Cabe destacar que, del Análisis Factorial Exploratorio con un solo factor, hubo 9 ítems con cargas bajas (Ver Tabla 1).

Asimismo, con dos factores, se distribuyeron 7 ítems en un constructo o factor, y 3 ítems en el otro. El primer factor (o constructo), según el contenido de los 7 ítems que cargan predominantemente en él, podría denominarse “Comunicación efectiva y respeto”, y el segundo, según el contenido de sus tres ítems podría denominarse “Comprensibilidad y empatía”. (Ver Tabla 2, y ver el contenido de los ítems en Anexo 1).

Desde lo conceptual no encontramos razones de peso especiales como para conservar los 5 ítems que permanecieron con bajas cargas.

La correlación de Pearson entre el cuestionario de 15 ítems y el cuestionario de 10 ítems fue significativa (0,000001) y muy fuerte (0,875).

En la validación cruzada (Cross Validation), los resultados en ambas mitades de la base fueron muy similares. Ver Tabla 3 y 4.

**Tabla N°1. Matriz de componentes<sup>a</sup>**

	Componente
	1
V1	
V2	
V3	
V4	,608
V5	
V6	
V7	
V8	
V9	,501
V102	
V11	,533
V12	,661
V13	,550
V14	,569
V15	,572

Método de extracción: Análisis de componentes principales. a. 1 componentes extraídos

**Tabla 2 – Resultado del Análisis Factorial en la base completa. Matriz de componentes rotados<sup>a</sup>**

	Componente	
	1	2
Ítem 3	-,053	,698
Ítem 4	,602	-,120
Ítem 5	,075	,533
Ítem 6	-,118	,740
Ítem 9	,548	,121
Ítem 11	,712	,079
Ítem 12	,804	,095
Ítem 13	,562	-,279
Ítem 14	,489	-,360
Ítem 15	,530	-,120

Método de extracción: Análisis de componentes principales. Método de rotación: Normalización Varimax con Kaiser. a. La rotación ha convergido en 3 iteraciones.



**Tabla 3 – Resultados del Análisis Factorial de la primera mitad de la base. Matriz de componentes rotados<sup>a</sup>**

	Componente	
	1	2
Ítem 3	-,091	,585
Ítem 4	,649	-,196
Ítem 5	,112	,621
Ítem 6	-,095	,740
Ítem 9	,465	,123
Ítem 11	,616	,147
Ítem 12	,795	,065
Ítem 13	,573	-,312
Ítem 14	,560	-,419
Ítem 15	,483	-,200

Método de extracción: Análisis de componentes principales. Método de rotación: Normalización Varimax con Kaiser. a. La rotación ha convergido en 3 iteraciones.

**Tabla 4 - Resultados del Análisis Factorial de la segunda mitad de la base. Matriz de componentes rotados<sup>a</sup>**

	Componente	
	1	2
Ítem 3	-,021	,782
Ítem 4	,546	,002
Ítem 5	,056	,461
Ítem 6	-,118	,748
Ítem 9	,629	,099
Ítem 11	,821	-,024
Ítem 12	,828	,073
Ítem 13	,565	-,280
Ítem 14	,390	-,252
Ítem 15	,547	-,037

Método de extracción: Análisis de componentes principales. Método de rotación: Normalización Varimax con Kaiser. a. La rotación ha convergido en 3 iteraciones.

El Alpha ordinal del primer factor (siete ítems) fue de 0,83, y el del segundo factor, de sólo 3 ítems fue de 0,5625. El alpha ordinal del cuestionario completo (10 ítems) fue de 0,65.

La correlación entre ambas mitades fue de 0,589.

La correlación poliserial (para la validez de criterio externo o convergente) fue significativa ( $p < 0,00001$ ), y con una fuerza de (0,374).

## 9. Discusión y conclusiones

Se conformó una versión corta, creemos que más apropiada, por su tamaño reducido, para el uso repetido en nuestro medio, y práctica y aceptable para nuestros pacientes.

Esta versión corta tuvo un altísimo valor de correlación con la versión completa, tal es así que Streiner (1993) frente a estos valores altos, plantea claramente que podemos hablar de un mismo instrumento, despejando dudas acerca de que se mantiene en el instrumento todo lo relevante a pesar de la eliminación de 5 ítems.

La validez de constructo, tuvo un resultado claro al respecto de los factores en juego, y se mantuvo constante al realizar la validación cruzada (Cross Validation) en ambas mitades de la base. Congruente con lo recomendado por la literatura (Kline, 1998), además del análisis factorial se tuvo en cuenta la validez de criterio o convergente, que también obtuvo un resultado compatible con lo recomendado.

La confiabilidad, evaluada a través del Alpha ordinal, como recomiendan los expertos (Gaderman, 2012), presentó un buen valor en uno de los factores, y un valor pobre (pero lejos de inaceptable, George y Mallery, 2013) en el factor de 3 ítems. Como ya referimos es conocida y debe tenerse en cuenta la influencia del número de ítems en el valor de los coeficientes Alpha (Meneses, 2014). El valor del Alpha ordinal del cuestionario completo es aceptable (Hair, 2018).

El valor de la correlación entre ambas mitades del cuestionario es aceptable por aproximación (Hair, 2018).

Asimismo, el alcance de la investigación permite obtener una herramienta satisfactoria, que considera la evaluación que efectúa el usuario (o paciente) de la atención recibida, y la opinión del mismo, y a través de esta permitirá efectuar modificaciones de los procedimientos clínicos.

Como limitación de este trabajo, diremos que no fue posible realizar Análisis Factorial Confirmatorio, por la presencia de problemas numéricos al utilizar correlaciones policóricas (Hoffmann, 2013), lo que se corrigió al utilizar correlaciones Pearson desarrollando Análisis Factorial Exploratorio, que como plantea la literatura es posible

usarlo incluso con variables ordinales de 3 categorías como es el caso de nuestro trabajo (Streiner, 1994).

Como fortaleza se puede afirmar que poder medir la experiencia facilita que los pacientes aumenten su compromiso y su motivación por participar de las diversas actividades o intervenciones que el profesional les solicite. Esto resulta relevante en el caso de la sanidad donde la experiencia del usuario es fundamental según se destaca en las investigaciones específicas (Vilches, 2018). En contraposición a esto se presenta la satisfacción del paciente donde no es clara la vinculación con una mejora de la calidad, sumado a una falta de definición universalmente aceptada, lo que complica las comparaciones (Devkaran, 2014).

Por lo tanto consideramos que esta nueva versión abreviada (válida y confiable) facilitará la participación de los pacientes, que podrán aportar en la detección de problemas, y por consiguiente en las mejoras de calidad de los procedimientos.

## ANEXO I – INSTRUMENTO ORIGINAL

1. Cuando tuvo preguntas que hacer a algún médico/a, ¿recibió usted respuestas claras, fáciles de entender?

- Sí, siempre
- Sí, a veces
- No
- No tuve necesidad de preguntar
- NS/NC

2. Cuándo tuvo preguntas que hacer a algún enfermero/a ¿recibió usted respuestas claras, fáciles de entender?

- Sí, totalmente
- Sí, hasta cierto punto
- No
- NS/NC

3. A veces en el hospital un médico/a o un enfermero/a pueden decir una cosa y otro decir lo contrario, ¿Le ha pasado esto a usted?

- Sí, muy a menudo
- Sí, alguna vez
- No
- NS/NC

4. Si tuvo una preocupación o miedo sobre su estado de salud o su tratamiento, ¿algún médico/a habló de ese tema con usted?

- Sí, totalmente
- Sí, hasta cierto punto
- No
- No tuve ninguna preocupación o miedo
- NS/NC

5. ¿Hablaron los médicos/as delante de usted como si no estuviera allí?
- Sí. A menudo
  - Sí, alguna vez
  - No
  - NS/NC
6. ¿Hubiese querido participar más en las decisiones tomadas sobre sus cuidados y tratamiento?
- Sí, totalmente
  - Sí, hasta cierto punto
  - No
  - NS/NC
7. En general, ¿se sintió usted tratado con respeto mientras estuvo en el hospital?
- Sí, como siempre
  - Sí, a veces
  - No
  - NS/NC
8. Si tuvo alguna preocupación o miedo sobre su estado de salud o tratamiento, ¿algún enfermero/a habló de ese tema con usted?
- Sí, totalmente
  - Sí, hasta cierto punto
  - No
  - No tuve ningún miedo o preocupación
  - NS/NC
9. ¿Encontró a alguien, del personal del hospital, con quien hablar de sus preocupaciones?
- Sí, totalmente
  - Sí, hasta cierto punto
  - No
  - No tuve ningún miedo o preocupación
  - NS/NC

10. ¿Sintió usted dolor en algún momento?

Sí

No

Si es que si ¿cree que el personal del hospital hizo todo lo que pudo para calmar su dolor?

Sí, totalmente

Sí, hasta cierto punto

No

11. Si su familia, o alguien cercano a usted, quiso hablar con el médico/a, ¿tuvieron oportunidad de hacerlo?

Sí

No hubo familiares ni amigos implicados

Mi familia no quiso o necesito información

No quise que mis familiares o amigos hablaran con el médico

NS/NC

No

12. ¿Los médicos/as ò enfermeros/as dieron a su familia, o a alguien cercano a usted la información necesaria para ayudarle a recuperarse?

Si

Mi familia no quiso o necesito información

No quise que mis familiares ni amigos hablaran con el médico

NS/NC

No

No hubo familiares ni amigos implicados



13. ¿Algún miembro del personal del hospital le explicó para que servían los medicamentos que tenía que tomar en casa, de manera que usted lo pudiera comprender?

- Sí
- No necesité explicaciones
- No tuve que tomar medicamentos- pase a la siguiente pregunta
- NS/NC
- No

14. ¿Algún profesional le explicó los posibles efectos secundarios de la medicación que debía tener en cuenta?

- Sí, totalmente
- Sí, hasta cierto punto
- No
- No necesité explicaciones
- NS/NC

15. ¿Le habló alguien de los posibles signos de alarma, relacionados con su enfermedad o tratamiento, a los que tenía que estar atento cuando volvía a casa?

- Sí, totalmente
- Sí, hasta cierto punto
- No
- NS/

## ANEXO II- INSTRUMENTO VALIDADO

1. Cuando tuvo preguntas que hacer a algún médico/a, ¿recibió usted respuestas claras, fáciles de entender?

Sí, siempre

Sí, a veces

No

No tuve necesidad de preguntar

NS/NC

2. A veces en el hospital un médico/a o un enfermero/a pueden decir una cosa y otro decir lo contrario, ¿Le ha pasado esto a usted?

Sí, muy a menudo

Sí, alguna vez

No

NS/NC

3. Si tuvo una preocupación o miedo sobre su estado de salud o su tratamiento, ¿algún médico/a habló de ese tema con usted?

Sí, totalmente

Sí, hasta cierto punto

No

No tuve ninguna preocupación o miedo

NS/NC

4. ¿Hablaron los médicos/as delante de usted como si no estuviera allí?

Sí. A menudo

Sí, alguna vez

No

NS/NC

5. ¿Hubiese querido participar más en las decisiones tomadas sobre sus cuidados y tratamiento?

Sí, totalmente

Sí, hasta cierto punto

No

NS/NC

6. Si tuvo alguna preocupación o miedo sobre su estado de salud o tratamiento, ¿algún enfermero/a habló de ese tema con usted?

Sí, totalmente

Sí, hasta cierto punto

No

No tuve ningún miedo o preocupación

NS/NC

7. ¿Encontró a alguien, del personal del hospital, con quien hablar de sus preocupaciones?

Sí, totalmente

Sí, hasta cierto punto

No

No tuve ningún miedo o preocupación

NS/NC

8. Si su familia, o alguien cercano a usted, quiso hablar con el médico/a, ¿tuvieron oportunidad de hacerlo?

- Sí
- No hubo familiares ni amigos implicados
- Mi familia no quiso o necesito información
- No quise que mis familiares o amigos hablaran con el médico
- NS/NC
- No

9. ¿Los médicos/as o enfermeros/as dieron a su familia, o a alguien cercano a usted la información necesaria para ayudarlo a recuperarse?

- Si
- Mi familia no quiso o necesito información
- No quise que mis familiares ni amigos hablaran con el médico
- NS/NC
- No
- No hubo familiares ni amigos implicados

10. ¿Algún miembro del personal del hospital le explicó para que servían los medicamentos que tenía que tomar en casa, de manera que usted lo pudiera comprender?

- Sí
- No necesité explicaciones
- No tuve que tomar medicamentos- pase a la siguiente pregunta
- NS/NC
- No

## REFERENCIAS

Anderson, J. C., y Gerbing, D. W. (1988). Structural equation modeling in practice: A review and recommended two-step approach. *Psychological Bulletin*, 103(3), 411-423.

Arenas, Y., Fuentes, V. & Campos, C. (1993). Grado de satisfacción usuaria de la consulta EPAS-RN del Servicio de Pediatría del CEDIUC. *EPAS*, 10(1), 15-17.

Asociación Médica Argentina. (2011) Código de Ética para el Equipo de Salud 2ª Edición. Art.117. Libro II del Ejercicio Profesional. Cap. 8 p.60. De la Calidad de la Atención en Salud (Versión Electrónica) Recuperado de:

<https://www.ama-med.org.ar/images/uploads/files/ama-codigo-etica-castellano.pdf>  
Consultado el 18 .09.2018

Barrio Cantalejo, I., Simón, L., Sánchez, C., Molina, A., Tamayo M., Suess, A., Jiménez, J.(2009) Adaptación transcultural y validación del Picker Patient Experience Questionnaire-15 para su uso en población española. *Revista de Calidad Asistencial*, vol. 24, no. 5, p. 192-206.

Bezos Daleske, C. (2014) "La diferencia entre valorar la experiencia de paciente y medir su satisfacción "[Blog]. Recuperado de:

<https://iexp.es/blog/la-diferencia-entre-valorar-la-experiencia-de-paciente-y-medir-su-satisfaccion/> Consultado el 28 de febrero de 2019

Bezos Daleske, C. (2018) ¿EE.UU. o Europa? ¿Qué modelo de experiencia de paciente? Instituto Experiencia Paciente [En Línea] Recuperado de:

<https://iexp.es/blog/ee-uu-o-europa-que-modelo-de-experiencia-de-paciente/>  
Consultado 27 de marzo de 2019

Brown, T. (2006). *Confirmatory factor analysis for applied research*. New York, NY, US: Guilford Press. ISBN: 9781462515363)

DBSH (2017) “Foro de Transformación Sanitaria: Experiencia y Participación del Paciente” [En línea]. Recuperado de:

<https://dbs.deusto.es/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Expires&blobheadername2=content> Consultado el: 15 de marzo de 2019

Devkaran, S. (2014) Patient Experience Is Not Patient Satisfaction Understanding the fundamental differences. PhD, FACHE, MScHM, CPHQ, BScPT Manager-Accreditation, Quality and Patient Safety Institute Cleveland Clinic Abu Dhabi.

Egurrola, F.(2019) Experiencia de paciente vs satisfacción de paciente: ¿en qué se diferencia? [En línea] Recuperado de: <https://experienciadepacientes.es/experiencia-de-pacientes/experiencia-vs-satisfaccion-de-paciente/> Consultado el 29 de noviembre de 2019

García Diéguez, M.; Ocampo, A.; Cragno, A.; Gallardo, F.; Lamponi Tappattaá, L.; Gazzoni, C.; TrobianiI, J.; Orozco, F.; Cabrera, A.; Monaldi, A., Sagarzasu, I.; Vitale, C. (2015) “Estudio Cualitativo Sobre la Percepción de Seguridad de los Pacientes en dos Hospitales de Bahía Blanca” Rev Argen Salud Pública 6 (23) 15-20[Versión Electrónica]. Recuperado de: <http://www.rasp.msal.gov.ar/rasp/articulos/volumen23/15-20.pdf> Consultado el 28 de marzo de 2019

Gadermann AM, Guhn M, Zumbo BD. Estimating ordinal reliability for Likert-type and ordinal item response data: A conceptual, empirical, and practical guide. *Pract Assess Res Eval.* 2012;17(4):1–13.

García Elorrio, 2005. Adaptación y Validación del Cuestionario Hospital-CAHPS (Hospital Consumer Assesment of Health Plans Survey). REcuperado de: <https://www.iecs.org.ar/portfolio/adaptacion-y-validacion-del-cuestionario-hospital-cahps-hospital-consumer-assesment-of-health-plans-survey/>

George, D. Y Mallery P.(2013) SPSS for Windows step by step: A simple guide and reference 11.0 update (4th ed), Allyn & Bacon, Boston.

Gotlieb, J., Grewal, D. & Broen, S. (1994). Consumer satisfaction and perceived quality: Complementary or divergent constructs? *Journal of Applied Psychology*, 79(6), 875-886.

Guanais, F.; Regalía, F.; Pérez-Cuevas,R.; Harris, D.; Pinto, D.; Pinzón, L.; Sánchez, M.; Tejerina, L.; Anaya, M.; Doubova, S.; María, T.; Moreno, R.; Mullachery, P.; Rocha, M.; Schantz, K.(2018) “Desde el paciente: Experiencias de la atención primaria de salud en América Latina y el Caribe” . BID Publicaciones. [Versión Electrónica] Recuperado de:

<https://publications.iadb.org/es/publicacion/desde-el-paciente-experiencias-de-la-atencion-primaria-de-salud-en-america-latina-y-el> Consultado 22 de marzo de 2019

Hair,J., Black, W., Babin, B., Anderson, R. (2018) *Multivariate Data Analysis*. Cengage Learning EMEA.

Hernando Gálvez, G. (2016) “Experiencia o satisfacción del paciente”. *Av.Gest.Clínica* [En línea] Recuperado de: <http://gestionclinicavarela.blogspot.com/2016/11/experiencia-o-satisfaccion-del-paciente.html> Consultado el 20 de septiembre 2018

Hoffmann A. Correlaciones policóricas y tetracóricas en estudios factoriales exploratorios y confirmatorios. *Ciencias Psicológicas* 2013; VII (2): 151 - 164.

Hodson, M.; Andrew, S.; Roberts, M. (2013). Towards an understanding of PREMS and PROMS in COPD. Recuperado de: <http://breathe.ersjournals.com/content/breathe/9/5/358.full.pdf> Consultado el 10 de noviembre de 2019.

Hudon, C., Fortin, M., Haggerty, J., Lambert, M., Poitras, ME. (2011) Measuring Patients' Perceptions of Patient-Centered Care: A Systematic Review of Tools for Family Medicine. *Annals Of Family Medicine* Vol. 9, No. 2 March/April 2011.

Informe HEDIS del Plan de Salud del Hospital Italiano de Buenos Aires - Año 2011

Recuperado de:

[https://www.hospitalitaliano.org.ar/multimedia/archivos/noticias\\_archivos/6/DOCUMENTOS/6\\_Informe\\_HEDIS\\_2011.pdf](https://www.hospitalitaliano.org.ar/multimedia/archivos/noticias_archivos/6/DOCUMENTOS/6_Informe_HEDIS_2011.pdf)

Jenkinson, C., Coulter, A., Bruste, S. (1 de Octubre de 2002). "El Cuestionario de Experiencia del Paciente de Picker: desarrollo y validación usando datos de encuestas de pacientes en cinco países". Revista internacional para la calidad en la atención de la salud, volumen 14, número 5, páginas 353–358. Recuperado de: <https://academic.oup.com/intqhc/article/14/5/353/1800673> Consultado el 18 de septiembre de 2018

Jöreskog, K. (1994). Structural Equation Modeling with Ordinal Variables using Lisrel. IMS Lecture Notes-Monograph Series. 24. 10.1214/lnms/1215463803.

Kline, P (1998) The new psychometrics. Science, psychologic and measurement. Londres: Routledge

LaVela, S; Sherri, L.; Gallán, A. (2014) "Evaluación y medición de la experiencia del paciente". Patient Experience Journal: Vol. 1: Iss. 1, artículo 5. Recuperado de: <https://pxjournal.org/journal/vol1/iss1/> Consultado 20 de marzo de 2019

Lloret-Segura, S. (2014). El análisis factorial exploratorio de los ítems: una guía práctica, revisada y actualizada. Anales de psicología, 2014, vol. 30, nº 3 (octubre), 1151-1169.

Meneses J, Barrios M, Bonillo A, Cosculluela A, Lozano LM, Turbany J, Valero S. Psicometría.(2014) Barcelona. Editorial UOC.

Mateos, C. (2013) La experiencia del paciente es el mejor indicador de calidad sanitaria .Agencia de comunicación especializada en salud [En Línea]. Recuperado de: <https://comsalud.es/paciente-empoderado/la-experiencia-del-paciente-es-el-mejor-indicador-de-calidad-sanitaria/> Consultado el 21 de marzo de 2019

Oliden P. y Zumbo B. (2008). Coeficientes de fiabilidad para escalas de respuesta categórica ordenada. Psicothema, Vol. 20, nº 4, pp. 896-901.

Parasuraman, A, Ziethaml, V. and Berry, L., "SERVQUAL: A Multiple- Item Scale for Measuring Consumer Perceptions of Service Quality' Journal of Retailing, Vo. 62, no. 1, 1988, pp 12-40.



Peña, F., García Triana, C.; Rodríguez Fuertes, A. (2014) “La experiencia del paciente como herramienta de mejora de la gestión sanitaria: Plan de Calidad Percibida del Hospital El Escorial” Hospital El Escorial. Comunidad Madrid. Premios Profesor Barea 12º Edición. [En línea] Recuperado de:

<https://www.fundacionsigno.com/archivos/20150325083321.pdf> Consultado 16 de marzo de 2019

Press Ganey (2018). Informe Especial: El estado de la experiencia del paciente: perspectivas de liderazgo y estrategias clave. [Versión Electrónica] Recuperado de:

[http://healthcare.pressganey.com/2018-Patient-Experience?s=Special\\_Report-Web](http://healthcare.pressganey.com/2018-Patient-Experience?s=Special_Report-Web) Consultado el 3 de marzo de 2019

Press Ganey (2015) “Strategic Insights Report: Competing on Patient-Driven Value: The New Health Care Marketplace”.

Rodríguez, M. (2019) La experiencia del paciente, el gran reto para los directivos de la salud [En línea] Recuperado de: <https://www.redaccionmedica.com/secciones/gestion/la-experiencia-del-paciente-el-gran-reto-para-los-directivos-de-la-salud-2981> Consultado el 29 de noviembre de 2019

Stalmeijer, R. (2010). The Maastricht Clinical Teaching Questionnaire (MCTQ) as a Valid and Reliable Instrument for the Evaluation of Clinical Teachers. *Acad. Med.*;85:1732–1738.

Streiner, D. (1993). A checklist for evaluating the usefulness of rating scales. *Can J Psychiatry*. 38: 140-148.

Streiner, D. (1994). Figuring out factors: The use and Misuse of Factor Analysis

The Beryl. Institute Patient Experience Defined. [En Línea]. Recuperado de:<http://www.theberylinstitute.org/?page=DefiningPatientExp> Consultado 18 de septiembre de 2018

Vázquez Peña, F.(2008) Diseño de un indicador de aceptabilidad y prueba metodológica relacionándolo con los indicadores de calidad ya implementados por el PICAM.

Informe final académico presentado ante la Comisión Nacional Salud Investiga. Ministerio de Salud de la Nación. Recuperado de: [www.calidadensalud.org.ar/Documentos/pruebametodambul.doc](http://www.calidadensalud.org.ar/Documentos/pruebametodambul.doc) Consultado el 20 de marzo de 2019

Vilches, M. (2019) La experiencia del paciente, clave para medir la calidad asistencial. Newsletter. Diario Médico. [En Línea] Recuperado de: <https://www.diariomedico.com/salud/la-experiencia-del-paciente-clave-para-medir-la-calidad-asistencial.html> Consultado el 29 de noviembre de 2019

Yélamos, C.; Sanz, A.; Marin, R.; Martínez- Río (2018). Experiencia del paciente: una nueva forma de entender la atención al paciente oncológico. Psicooncología ISSN: 1696-7240 Ediciones Complutense. [En Línea]. Recuperado de: <https://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/viewFile/59184/4564456546593> %20consultado%20el%2012-03-201 Consultado el 20 de marzo de 2019