

## Valoración de la satisfacción en pacientes hospitalizados por infarto agudo de miocardio: la utilidad del informe del usuario y los grupos de discusión

Pablo Hernando\*, Francisco J. Lechugat†, Joan R. Gumà‡, Carmen Martín-Floriado§, Helena Vivancos||, Elisenda Carrau¶, Manuel Bonastre\*\*

\*Psicólogo. Jefe de los servicios de atención al cliente, †Psicólogo. Responsable de la unidad de atención al cliente, ‡Médico especialista en cardiología. Jefe clínico de cardiología, §Enfermera. Supervisora de hospitalización, ||Enfermera. Supervisora de emergencias, ¶Enfermera. Supervisora de consulta externa, \*\*Médico especialista en medicina interna. Responsable del centro de agudos. Corporació Sanitària Parc Taulí

### Correspondencia

Pablo Hernando Robles  
Servicio de Atención al Cliente  
Corporación Sanitaria Parc Taulí  
08208 Sabadell  
Tel.: 937 231 010  
E-mail: phernando@cspt.es

### Resumen

**Introducción:** La evaluación de la satisfacción del paciente presenta problemas de orden práctico como son el elevado grado de satisfacción y su poca variabilidad lo cual imposibilita márgenes de mejora apreciables. Una alternativa para intentar superar estas dificultades es la utilización del "Informe del Usuario" donde el paciente responde a "hechos objetivos" los cuales tendrían que responder a expectativas de los propios pacientes que se pueden generar a través de grupos de discusión.

**Objetivos:** a. Valorar la satisfacción de los pacientes atendidos por Infarto Agudo de Miocardio en la Corporación Sanitaria Parc Taulí en cuanto a la atención recibida por este proceso mediante un cuestionario telefónico en dos años consecutivos. b. Valorar los cambios registrados en la satisfacción tras la introducción de mejoras necesarias detectadas tras la primera aplicación. c. Valorar la utilidad del Informe del Usuario en la evaluación de la satisfacción del paciente.

**Material y Métodos:** Las dimensiones halladas en la literatura sobre la satisfacción del paciente sirvieron para generar las expectativas de dos grupos de discusión de pacientes hospitalizados por infarto agudo de miocardio. Su análisis permitió la elaboración de un cuestionario de tipo "Informe del Usuario" donde se pregunta a los pacientes sobre aspectos muy concretos. El cuestionario se aplicó a dos grupos de pacientes (64 y 56, respectivamente) que habían estado hospitalizados durante cinco meses consecutivos de 1998 y 1999. Se valoró la fiabilidad del cuestionario mediante test-retest obteniendo un elevado índice de fiabilidad. La aplicación de cuestionario fue telefónica.

**Resultados:** Si bien la atención en urgencias ofrecía altos porcentajes de satisfacción había aspectos concretos en la atención en UCI y la planta de hospitalización que ofrecían un bajo índice de cumplimiento en su primera aplicación en 1998. Prácticamente todos estos ítems mejoran en la segunda aplicación en 1999 encontrándose diferencias significativas en 14 de los 29 ítems. Fue necesario agrupar diferentes categorías de respuesta a fin de realizar el análisis estadístico de los resultados. La evolución de los resultados se muestra coherente con las acciones realizadas por los responsables asistenciales como consecuencia de la primera aplicación.

**Conclusiones:** Aunque no se puede realizar una comparación entre la metodología utilizada (Informe del Usuario) con las tradicionales encuestas de satisfacción, los resultados sugieren la posible utilidad del Informe del Usuario para superar alguno de los problemas señalados en el inicio: el elevado grado de satisfacción, su variabilidad, la adaptación a grupos de clientes específicos y su bajo costo, lo cual permitiría su aplicación de forma "habitual" en nuestro entorno sanitario. Sin embargo también aparecen algunas limitaciones: la validez de cuestionario y la limitación que supone una única experiencia como ésta. Una comparación entre diversos métodos de satisfacción parece necesaria.

**Palabras clave:** Satisfacción del paciente. Informe del Usuario.

### Summary

**Introduction:** Patient's satisfaction evaluation means practical problems such as high level of satisfaction and minimal variability. An alternative attempt to surpass these difficulties is the utilization of the "Patient's Report" where the patient answers to "objective facts" which should answer to the own patient expectations, generated by a focus-group.

**Objective:** a. To evaluate through a telephonic questionnaire the patient's satisfaction of the patients attended by Acute Myocardial Infarction in the Corporació Sanitària Parc Taulí concerning the attention received. b. To evaluate the changes registered in patients' satisfaction after the introduction of the necessary improvements detected after the first application of the questionnaire. c. To analyze the usefulness of the Patient's Report in the evaluation of the patient's satisfaction.

**Material and Methods:** The dimensions found in the literature about the patient's satisfaction served to generate expectations in two groups of patients hospitalized by acute myocardial infarction. Their analysis permitted the elaboration of a "Patient's report" in which the patients are asked very concrete questions. The questionnaire was applied to the two groups of patients (64 and 56, respectively) which were hospitalized during five consecutive months of 1998 and 1999. The reliability of the questionnaire was valued through test-retest obtaining a high reliability index. The questionnaire was applied by telephone interviews.

**Results:** Even though the attention in urgencies offered high percentages of satisfaction there were several areas of improvement in the attention provided by the ICU and the ward hospitalization in 1998. All these aspects improved in the second application in 1999. Statistically significant differences were found in 14 of 29 questions. It was necessary to group different response categories for the statistical analysis of the results. The results' evolution is coherent with the improvement actions accomplished.

**Conclusions:** Even though comparisons can not be made between the results obtained using different methodologies, results suggest that the User's Report can be useful to overlap some of the problems that were found previously: high satisfaction, variability, adaptation to specific client groups and low cost. However there are several limitations such as the questionnaire validity and that there are no other experiences similar to this one. A comparison among different methods to measure patient satisfaction seems to be needed.

**Key words:** Patient's satisfaction. Patient's report.

## Introducción

Hoy pocos parecen dudar que la satisfacción del paciente es un elemento fundamental en la evaluación de la calidad de los servicios sanitarios<sup>1-3</sup>. Esto último, evidenciado en el resto de empresas de servicios, ha tardado mucho más en reconocerse en el ámbito sanitario. Sin embargo, actualmente uno de los elementos fundamentales de todas las reformas sanitarias es el de adaptar mejor los servicios a las demandas de los usuarios<sup>4</sup>. Este reconocimiento posibilita afirmaciones del tipo "...el paciente como cliente y como ciudadano es el último valorador de los servicios que recibe..."<sup>5</sup> o que "...el protagonista del modelo asistencial es el enfermo"<sup>6</sup>.

Fruto de lo anterior es la numerosa literatura entorno a la medida de la satisfacción del paciente en donde destacan autores como Hulka<sup>7</sup> y Ware<sup>8</sup>. Pese a ello no hay acuerdo unánime de cuál es el modelo teórico<sup>9</sup> ni procedimental<sup>10</sup> para valorar la satisfacción. Aun así es de destacar la innovación que supuso la utilización de las escalas de actitudes en la generación de una respuesta más crítica<sup>8</sup> o la amplia utilización del cuestionario PJHQ<sup>11</sup> en las HMO estadounidenses. A pesar de esta situación sí que parecen existir acuerdos "sedimentados":

- La existencia de una serie de dimensiones que integrarían el constructo "satisfacción del paciente"<sup>8,9,11-13</sup> aunque el número y las características de éstas difieren según los autores.
- El éxito de la teoría de la desconfirmación que señala que la satisfacción es fruto del diferencial entre expectativas y experiencia<sup>8,10,14</sup>.

Si bien el término más empleado ha sido el de satisfacción del paciente ("evaluación interactiva relacionada con la prestación de un servicio"<sup>10</sup>), en los últimos tiempos han aparecido otros términos tales como calidad percibida ("congruencia entre servicio deseado y percibido"<sup>10</sup>) y expectativas ("proceso cognitivo que puede influir en la determinación de la satisfacción del individuo"<sup>15,16</sup>). Los tres términos, en muchas ocasiones, van de la mano, y resulta difícil discernirlos especialmente cuando se trata de su evaluación. El término expectativas, fruto tanto del éxito de la teoría de la desconfirmación como también del deseo de adelantarse (influencia del marketing sanitario)<sup>17</sup> a la opinión del usuario, abunda en las últimas publicaciones<sup>18</sup>. En algunas es de destacar la utilización de grupos de discusión o grupos focales para delimitar estas expectativas y adecuarlas al grupo de pacientes específico<sup>19</sup>.

A pesar de esta abundante información hay problemas de orden práctico donde diferentes autores parecen coincidir:

- El elevado grado de satisfacción que se ha hallado en diversos estudios que imposibilita márgenes de mejora apreciables<sup>17</sup> y su poca variabilidad<sup>20</sup>.
- Muchos estudios sobre estos temas sólo sirven para mantener el "status quo" sin promover cambios en la prestación de los servicios sanitarios<sup>10</sup>.
- El nivel de receptividad<sup>21</sup> de las organizaciones sanitarias de nuestro entorno hacia este tipo de evaluación: no es habitual la utilización, de forma sistemática, de estudios de satisfacción como indicador de calidad asistencial pues en la mayoría de los casos el más utilizado es el de la gestión de las reclamaciones.

- El coste de este tipo de estudios en una época de fuerte limitación de recursos.
- La necesidad de adaptar las escalas existentes a la tipología de cada tipo de clientes<sup>10</sup>.

Una alternativa que puede ayudar a superar algunos de los problemas señalados anteriormente es la del "informe del usuario"<sup>22,23</sup>, donde "el paciente contesta con relación a hechos objetivos..."<sup>22</sup>. Este método cuestiona directamente si se han realizado determinadas actividades de forma muy concreta (por ejemplo: si el médico le informó de las alternativas a una intervención determinada) y sus resultados permiten proponer medidas específicas de actuación. Este informe del usuario puede ser utilizado para valorar aspectos que van más allá de la satisfacción del paciente, aspectos del propio proceso asistencial. En cuanto a la satisfacción del paciente la clave será hallar aquellos indicadores que respondan a expectativas concretas de grupos de pacientes específicos. Del mismo modo su aplicación tendría que superar los típicos problemas como el elevado grado de satisfacción para poder medir diferenciales en función de una primera evaluación y otra posterior después de la realización de unas acciones concretas de mejora. En esta línea se enmarca el trabajo que a continuación se presenta, donde el grupo de pacientes específico son los atendidos por infarto agudo de miocardio (IAM) y donde el método utilizado para generar las expectativas que permitan elaborar los indicadores concretos ha sido el grupo de discusión. Se eligió a los pacientes con IAM por ser una patología bien definida desde el punto de vista médico y al ser un proceso donde existía un equipo de profesionales homogéneo.

El grupo de discusión es una metodología cualitativa que es aplicable en dos situaciones principalmente:

- Cuando no se conocen suficientemente las características o dimensiones del hecho a evaluar. En el ámbito de la atención sanitaria sí que se conocen estas dimensiones de forma general pero falta una adecuación, sobre todo si aspiramos a indicadores muy concretos, a cada grupo específico de pacientes (en este caso los enfermos con infarto agudo de miocardio).
- Cuando se quiere optar a un mayor grado de profundización e información cualitativa, aspectos estos que lógicamente no ofrecen los cuestionarios al uso. En este sentido su aplicación permite un conocimiento directo e interactivo con el grupo de "clientes" que añade información a los resultados del cuestionario.

## Objetivos

- Valorar la satisfacción de los pacientes atendidos por Infarto Agudo de Miocardio en la Corporación Sanitaria Parc Taulí en cuanto a la atención recibida por este proceso mediante un cuestionario telefónico en dos años consecutivos.
- Valorar los cambios registrados en la satisfacción tras la introducción de mejoras necesarias detectadas tras la primera aplicación.
- Valorar la utilidad del informe del usuario en la evaluación de la satisfacción del paciente.

## Material y Métodos

Ya se han señalado antes los diversos componentes o dimensiones que diferentes autores han hallado a la hora de explorar la satisfacción ante servicios de salud. Para nuestros objetivos escogimos las dimensiones propuestas por Rubin<sup>12</sup>.

### La construcción del cuestionario

A partir de estas dimensiones se definieron expectativas concretas de atención mediante la convocatoria de dos grupos de discusión con pacientes atendidos anteriormente por la patología señalada. Con las mencionadas expectativas se construyó el cuestionario. Se convocaron dos grupos de 12 personas las cuales habían sido ingresadas por infarto agudo de miocardio. Estos sujetos fueron dados de alta entre dos y tres meses antes. De las 24 personas convocadas (mediante carta y conversación telefónica donde se explicaban los objetivos de la reunión) acudieron 15. El resto adujo problemas de desplazamiento o personales que imposibilitaron su presencia. A la hora de la selección de los participantes en el *focus-group* se trató de ser equitativo con los diferentes grupos de edad atendidos por esta patología. Ninguna otra selección sociodemográfica se realizó. El proceso de *focus-group* o grupo de discusión se realizó de acuerdo a lo señalado por Krueger<sup>24</sup> que de forma resumida fue como sigue:

a. Presentación del moderador del grupo. b. Objetivos de la reunión: "conocer su opinión respecto a diferentes aspectos de su estancia en el hospital durante el ingreso por infarto agudo de miocardio para así elaborar una encuesta que permita evaluar la satisfacción de este tipo de pacientes". Se informaba asimismo que el contenido de las intervenciones se grabaría en cassette a no ser que existiese oposición por alguno de los presentes. Se ofrecían garantías de confidencialidad al respecto. c. Procedimiento de la reunión: se detallaba que el moderador iniciaría el diálogo solicitando la opinión de los presentes a diferentes aspectos de la atención sanitaria; esta opinión tendría que reflejar en qué conductas concretas de los profesionales se conseguía dar una buena atención en los diferentes apartados. Las reuniones duraron entre 60 y 90 minutos.

- Se revisaron los materiales de ambas reuniones donde se especificaban las expectativas de atención halladas (Tabla 1). La categorización de los estándares se realizó interpretando las opiniones de los participantes en el grupo de discusión e integrando cada una de ellas dentro de las categorías señaladas en la Tabla 1 de acuerdo al análisis del discurso.
- Estos estándares se presentaron a los responsables asistenciales de las áreas donde son atendidos habitualmente estos enfermos (Urgencias, Medicina Intensiva, Hospitalización y Consulta Externa) a fin de evaluar si existían posibilidades de asunción en su ejecución, lo cual ocurrió en todos los casos. A partir de lo anterior se realizó el cuestionario (Tabla 2), donde aparecen indicadores concretos. Se valoró la fiabilidad del cuestionario mediante una prueba test-retest en 15 pacientes (aplicación telefónica). Los resultados oscilaron entre el 93% y el 100%.

Tabla 1. Expectativas

### Urgencias:

Lo que más se valora es la competencia, entendida como la resolución efectiva del problema por el cual acude al hospital. Lo anterior lo concretan en:

- rapidez en la atención,
- interés de los profesionales en resolver el problema de salud (es una medida indirecta).

Generalmente han tenido una sensación de paso muy rápido por urgencias.

### Medicina intensiva

A partir de aquí se preguntó de forma separada por grupos profesionales:

- Enfermería, donde se valora:
  - La competencia a través del control de los aparatos, medicación, etc.
  - La privacidad en la realización de la higiene (en intimidad y con respeto).
  - La amabilidad a través de fórmulas de cortesía, empatía y personalización.
- Facultativos, donde se valora:
  - La competencia a través del interés en el propio paciente (preguntas de cortesía, etc.)
  - La amabilidad, de forma similar que en enfermería.
- Otros aspectos:
  - No dan relevancia a aspectos de hostelería.
  - La información a los familiares, parece prioritaria en comparación con la suya propia.
  - La información de cómo será la atención en la planta de hospitalización.

### Planta de hospitalización

- Enfermería, donde se valora:
  - La competencia (aunque no se le da una importancia decisiva). Su concreción es de manera similar a medicina intensiva (control de medicación).
  - El trato personal, con concreciones idénticas a apartados anteriores.
  - Tienen expectativas de un alto control ya que realizan un juicio comparativo en la relación a su estancia en la UCI.
  - Valoran los aspectos hoteleros: la comida (de calidad, caliente) y la limpieza.
- Facultativos, donde se valora:
  - La actitud de escucha.
  - Información sobre diagnóstico y pronóstico.
  - Información sobre estilo de vida.
  - Información sobre trámites de invalidez.
  - Expectativas de un mayor seguimiento en consultas.

### Aplicación del cuestionario

El cuestionario se aplicó de forma telefónica a todos los pacientes (que disponían de teléfono) atendidos en un periodo de 5 meses (entre marzo y julio) tanto en 1998 como en 1999. Los pacientes se identificaron a través del informe de alta hospitalaria, desestimando aquellos que fueron éxitos. La consigna era que el propio paciente contestase las preguntas o si el estado de este no lo permitía el familiar con mayor conocimiento

**Tabla 2. Cuestionario**

Nombre: .....

HC: ..... Data entrevista: ..... Responde: Enfermo/Familia

Entrevistador:

“Buenos días, soy ..... de la Corporació Sanitària Parc Taulí. Estamos realizando entrevistas a personas, que como usted, estuvieron ingresadas en nuestro centro. Tratamos de mejorar nuestra calidad conociendo su opinión. ¿Le importaría contestar a unas preguntas?, sólo serán unos minutos. Le iré indicando la pregunta y las posibilidades de respuesta. Es muy importante su sinceridad pues nos permitirá mejorar nuestros servicios. Gracias”

**Vamos a ir haciendo un recorrido desde que llegó al hospital. Empezamos en URGENCIAS, allí...**

1. Fui atendido de forma inmediata en cuanto llegué a urgencias.  

Sí	No	Ns/nc
----	----	-------
2. Los médicos y enfermeras que me atendieron mostraban  

Mucho interés	Relativo interés	Poco interés	Ningún interés
En resolver mi problema			
3. Valore de 0 a 10 la atención en urgencias:

**Poco después usted fue trasladado a Medicina Intensiva (UCI), allí...**

4. Las enfermeras revisaban constantemente los aparatos que tenía colocados  

Siempre	Algunas veces	Nunca	Ns/Nc.
---------	---------------	-------	--------
5. Respetaban mi intimidad cuando realizaban la higiene  

Sí	No	Ns/Nc
----	----	-------
6. Las enfermeras conocían mi nombre  

Todas	Casi todas	Algunas	Ninguna
-------	------------	---------	---------
7. Me informaron de cómo sería la atención en la planta de hospitalización  

Sí	No	Ns/Nc
----	----	-------
8. Los médicos conocían mi nombre  

Todos	Casi todos	Algunos	Ninguno
-------	------------	---------	---------
9. El médico me preguntaba cada día cómo me encontraba  

Sí	No	Ns/Nc
----	----	-------
10. El médico informó a mis familiares  

Cada día	Casi todos los días	Algunos días	Ningún día
----------	---------------------	--------------	------------
11. El médico me informó quién sería mi médico responsable  

Sí	No	Ns/Nc
----	----	-------
12. El médico me informó de cómo sería la atención en planta  

Sí	No	Ns/Nc
----	----	-------
13. Valore de 0 a 10 la atención en la UCI:

**Después fue ingresado en una PLANTA DE HOSPITALIZACIÓN, allí...**

14. Me explicaron en qué consistía el cuidado en la planta a diferencia de la estancia en cuidados intensivos  

Sí	No	Ns/Nc
----	----	-------
15. Las enfermeras conocían mi nombre  

Sí	No	Ns/Nc
----	----	-------
16. Controlaban la medicación que debía tomar  

Siempre	Algunas veces	Pocas veces	Ns/Nc
---------	---------------	-------------	-------
17. Me informaron detalladamente de cómo debía evitar los factores de riesgo (comidas, trabajo, actividad laboral, etc.)  

Sí	No	Ns/Nc
----	----	-------
18. Las enfermeras se presentaban por su nombre  

Todas	Algunas	Pocas	Ns/Nc
-------	---------	-------	-------
19. El médico escuchaba mi opinión y me daba opción a hacer preguntas.  

Siempre	Algunas veces	Pocas veces	Ns/Nc
---------	---------------	-------------	-------

**Continúa**

Tabla 2. **Continuación**

20.	El médico me explicó en qué podía cambiar mi vida y que precauciones debía tomar			
	Sí	No	Ns/Nc	
21.	El médico se presentó por su nombre			
	Sí	No	Ns/Nc	
22.	El médico me informó quién sería mi médico responsable			
	Sí	No	Ns/nc	
23.	El médico conocía mi nombre			
	Sí	No	Ns/Nc	
24.	Cuando me hicieron algunas pruebas el médico me informó previamente en que consistían			
	Sí	No	Ns/Nc	
25.	La comida llegaba caliente			
	Sí	No	Ns/Nc	
26.	La calidad de la comida era			
	Excelente	Buena	Regular	Mala
27.	La limpieza fue			
	Excelente	Buena	Regular	Mala
28.	Valore de 0 a 10 la atención en la planta de hospitalización:			

**Finalmente fue dado de alta y visitado en Consulta Externa, allí...**

29.	Cuando me dio el alta, el médico me informó porqué no tenía que continuar las visitas en el hospital			
	Sí	No	Ns/Nc	
30.	¿Desea añadir alguna otra cosa?			

del ingreso. En 1998 el número total de encuestados fue 64 (en un 58% lo contestaron los propios enfermos) y en 1999 fue de 56 (en un 68% lo contestaron los propios pacientes). El cuestionario aplicado en 1998 difiere en dos preguntas al de 1999 aunque esencialmente son las mismas. La tasa de respuesta en ambas aplicaciones fue del 100%. En 1998 el porcentaje de varones fue del 76% y en 1999 del 78%.

**Resultados**

La media de edad de los pacientes en 1998 fue de 67,7 años y en 1999 de 59,2 años. Cuando respondieron los familiares las medias de edad fueron de 66,8 años (1998) y 76,2 años (1999).

Al término de la primera aplicación del cuestionario se presentaron los resultados a los responsables asistenciales con los diferentes puntos a mejorar entre los cuales cabe destacar lo siguiente:

**Resultados 1998**

*Urgencias*

Los pacientes tienen una percepción de atención inmediata en su gran mayoría (95%) y tienen una percepción de interés por los profesionales (89%), aunque los porcentajes son diferentes cuando respondía el paciente o respondía el familiar. La valoración global fue de 8,3 sobre 10.

*Medicina intensiva*

1. Enfermería: el indicador de competencia técnica en enfermería (revisión de los aparatos, etc.) está bien valorado (84%). Hay altos porcentajes de ns/nc en el caso de los familiares. El cuidado de la intimidad está muy bien valorado (97% de cumplimiento). El indicador de personalización ("conocimiento del nombre...") es mejorable en un 16% lo cual ocurre más en el ámbito de enfermería que en el facultativo. Se destaca la falta de información sobre la estancia en planta.
2. Facultativos: hay una buena percepción del seguimiento del médico (en un 92%), la percepción de información a los familiares es baja en los pacientes (70%) pero no en los familiares (89%). En buena medida (tanto pacientes como familiares) no conocen el nombre del médico responsable). Hay un déficit informativo sobre la atención en planta. La valoración global es alta (9 sobre 10), especialmente entre los pacientes. Los familiares son más críticos.
3. Planta de hospitalización: no existe percepción de información sobre las características diferenciales de la atención en planta (un 63% lo señala en este sentido). La personalización (con el indicador del conocimiento del nombre del paciente) es mejorable en el caso de los familiares (sólo un 78% responde afirmativamente). Existe buena percepción de la competencia técnica (indicador control de medicación) pero es deficitaria la información

en cuanto a factores de riesgo (un 31% señalan que no fueron informados). No parece asentada la conducta entre los profesionales de enfermería de la presentación por su nombre (sólo en un 31% se cumple). También es mejorable la percepción que tienen del médico en cuanto a facilitador de “escucha” y de “dar opción a hacer preguntas”. Esto último también sucede con la información sobre posibles cambios en la vida habitual del paciente y sobre la conducta de presentación del médico por su nombre. La identificación del médico responsable parece ser un aspecto esencial. También hay un margen de mejora (17%) en cuanto a la información previa a las pruebas. La temperatura de la comida está bien calificada pero no su calidad (un 25% la califica de regular o mala). La valoración global es de 8,6.

Tras esta primera aplicación y valoración de los resultados se pusieron en marcha diferentes acciones de mejora que incluyeron los siguientes aspectos:

- Información de los resultados a todos los profesionales asistenciales de las áreas donde son atendidos estos enfermos.
- Propuesta de mejora en todos aquellos susceptibles de ella ya citados anteriormente (presentación por el nombre, información sobre precauciones en la vida diaria, información escrita, etc.).

Para valorar la influencia de las acciones anteriores se realizó una nueva aplicación del cuestionario, en los mismos meses del año anterior, en 1999. Los aspectos más significativos de esta nueva aplicación son los siguientes:

### Resultados 1999

En general, se produce una mejora en casi todos los aspectos (Tabla 3). A fin de comparar los resultados entre ambas aplicaciones (1998 y 1999) se realizó un análisis estadístico (test exacto de Fisher). Para ello fue preciso agrupar algunas categorías de respuestas:

- Sólo se tuvieron en cuenta los datos de respuestas globales (sin diferenciación entre pacientes y familiares).
- No se han considerado las respuestas dentro de la categoría ns/nc.
- En las preguntas 2, 4, 8, 10, 19, 26 y 27 se agruparon las dos primeras categorías de respuesta y las dos últimas.
- En las preguntas 6, 16, 18 y 19 se han agrupado las respuestas de las dos últimas opciones.

Aquellas preguntas señaladas con un (\*) en la Tabla 3 presentan diferencias significativas ( $p < 0,05$ ).

### Urgencias

La atención se valora muy positivamente en consonancia con el año pasado en donde la opción de mejora era mínima. No hay diferencias significativas.

### Medicina intensiva

En todas las preguntas se producen mejoras (excepto el conocimiento del nombre del enfermo por parte de la enferme-

ra y el médico). A pesar de lo anterior aún hay posibilidad de mejora en muchos ítems. La valoración global de este ámbito de atención continúa siendo excelente. Hay diferencias significativas en sentido positivo en las preguntas 7, 10, 11 y 12.

### Hospitalización

Se produce una mejora en todos los ítems, excepto en:

- En la percepción del control de la medicación (de hecho se ha producido un cambio organizativo que ha podido afectar esta valoración).
- La valoración de la calidad de la comida tampoco mejora.
- La limpieza donde existe una opinión más negativa.

Hay diferencias significativas (en sentido de mejora) en las preguntas 14, 15, 16, 17, 21, 22, 26. También en la 28 pero en sentido inverso. Continúa existiendo una amplia opción a la mejora (la cual varía entre el 10% y el 50%) en muchos aspectos. La valoración global es alta.

La única pregunta incluida referente a la consulta externa también ofrece diferencias significativas (pregunta 29) en sentido positivo.

### Discusión

A fin de completar este apartado, hemos realizado una búsqueda en *MEDLINE* con los términos “Myocardial infarction” y “Patient satisfaction”. Se han encontrado un total de 55 referencias donde se trataban aspectos muy diferentes (sobre tratamientos específicos, rehabilitación, telemedicina y calidad de vida, entre otros) que en mayor o menor medida se relacionaban con las palabras clave anteriormente descritas. Sólo un trabajo<sup>25</sup> tenía relación directa con el nuestro: en él se valoraba la satisfacción de enfermos (N= 59) con IAM mediante dos cuestionarios (Hulka y Ware) que se presentaban a los pacientes entre 4 y 6 meses después del alta en la visita de control. El porcentaje de insatisfacción encontrado está entre el 0 y el 7%, muy lejos de los detectados en nuestra evaluación que son sensiblemente más altos. Estos autores utilizan los cuestionarios de Hulka (más conceptual y basado en escalas de actitudes) y Ware (con carácter más psicométrico). Nuestro cuestionario es diferente y la metodología de evaluación también, debido a lo cual no pueden hacerse comparaciones.

Lo mismo sucede, a título de ejemplo, en otro trabajo que no es directamente comparable con el nuestro<sup>26</sup> donde los índices de satisfacción se mueven entre el 88 y el 97%.

Si “la principal ventaja y diferencia del Informe es la de su operatividad, aplicabilidad a las estrategias de mejora de calidad...”<sup>22</sup> parece que en nuestra experiencia este aspecto se ha confirmado. Así en la primera aplicación un 43% de los ítems no llegaba al 80% de cumplimiento y en la segunda en un 23% no se cumplían los estándares deseados. Estos datos parecen confirmar que el informe del usuario es más efectivo en este sentido, si bien también existe un importante porcentaje de ítems cuya valoración está por encima del 80%. Esta metodología permite plantearse estándares más “exigentes” con lo cual cabe prever una menor saturación de la satisfacción. Estos datos son congruentes con los hallados por Cleary, *et al.*<sup>23</sup> utilizando también el Informe del usuario, donde si bien no trata

Tabla 3. Resultados

Ítem	Alternativas de respuesta	1998 %	1999 %	Ítem	Alternativas de respuesta	1998 %	1999 %
1	Sí	94	98	15(*)	Sí	86	98
	No	5	2		No	12	2
	Ns/nc	1	0		Ns/nc	2	0
2	Mucho interés	89	95	16(*)	Siempre	98	80
	Relativo interés	6	3		Algunas veces	0	20
	Poco interés	5	2		Pocas veces	2	0
	Ningún interés	0	0		Ns/nc	0	0
	Ns/nc	0	0	17(*)	Sí	66	100
3	de 0 a 3	5	2		No	31	0
	de 4 a 6	3	0		Ns/nc	3	0
	de 7 a 10	92	88	18	Todas	31	48
4	Siempre	84	96		Algunas	27	52
	Algunas veces	3	4		Pocas	34	0
	Nunca	0	0		Ns/nc	8	0
	Ns/nc	13	0	19	Siempre	77	89
5	Si	89	100		Algunas veces	9	11
	No	2	0		Pocas veces	3	0
	Ns/nc	9	0		Ns/nc	11	0
6	Todas	83	61	20	Si	72	98
	Casi todas	11	37		No	28	2
	Algunas	3	2		Ns/nc	0	0
	Ninguna	3	0	21(*)	Si	78	93
	Ns/nc	0	0		No	13	0
7(*)	Si	23	70	Ns/nc	9	7	
	No	60	11	22(*)	Sí	47	98
	Ns/nc	17	19		No	52	2
8	Todos	86	79		Ns/nc	1	0
	Casi todos	3	18	23	Sí	92	100
	Algunos	3	3		No	3	0
	Ninguno	8	0		Ns/nc	5	0
	Ns/nc	0	0	24	Si	80	89
9	Sí	92	100		No	17	7
	No	3	0		Ns/nc	3	4
	Ns/nc	5	0	25	Si	86	96
10(*)	Cada día	78	96		No	13	0
	Casi todos los días	16	4		Ns/nc	1	4
	Algunos días	6	0	26(*)	Excelente	9	9
	Ningún día	0	0		Buena	66	62
	Ns/nc	0	0		Regular	23	25
11(*)	Si	19	59		Mala	2	4
	No	67	12	Ns/nc	0	0	
	Ns/nc	14	29	27	Excelente	47	21
12 (*)	Si	20	72		Buena	50	75
	No	63	14		Regular	3	4
	Ns/nc	17	14		Mala	0	0
13	de 0 a 3	2	0		Ns/nc	0	0
	de 4 a 6	6	0	28	de 0 a 3	1	0
	de 7 a 10	92	100		de 4 a 6	8	4
14(*)	Si	31	64		de 7 a 10	91	96
	No	63	14	29(*)	Si	17	87
	Ns/nc	6	22		No	47	4
			Ns/nc		36	9	

específicamente de enfermos con IAM, en un buen número de aspectos se detecta insatisfacción por encima del 20%. Es de destacar que en ese trabajo Cleary *et al.* encuestan a más de 6.000 pacientes de diferentes hospitales estadounidenses.

Al detectar más insatisfacción, o mejor dicho, más oportunidades de mejora, esta metodología puede ser más sensible a los cambios entre diferentes evaluaciones que es lo que de hecho sucede en nuestra experiencia: en un 43% de los ítems existen variaciones de forma significativa, si bien en una pregunta (21) la variación del enunciado ha podido afectar a este cambio. En el análisis de los datos, realizado con los responsables asistenciales, los cambios se mostraban coherentes con las estrategias de mejora realizadas (información a los profesionales y realización de una guía informativa para los pacientes) o con cambios organizativos (en el caso de la comida) o de aspectos muy específicos (en lo que se refiere a la limpieza).

Por último, se hacen evidentes algunas limitaciones de este tipo de actuaciones como la validez del cuestionario. Aún cuando ha existido un proceso de revisión de la literatura y en su construcción se han tenido en cuenta las dimensiones habituales en este tipo de escalas parece necesario un proceso más cuidado en este aspecto. De todos modos también se han de entender estas herramientas como instrumentos dinámicos donde un exceso de "academicismo" puede evitar su aplicación práctica de una manera habitual y útil. Por otro lado cabe tener en cuenta lo limitado de esta única experiencia; habrá que ver en qué medida se reproducen las ventajas anteriormente señaladas con otro tipo de pacientes, instituciones, etc.

## Bibliografía

1. Overtveit J. *Health Service Quality*. Oxford: Balkwell. Scientific publications, 1992.
2. Cuesta A, Moreno JA, Gutiérrez R. *La calidad de la asistencia hospitalaria*. Barcelona: Doyma, 1986.
3. Donabedian A. *The methods and findings of quality assessment and monitoring*. Michigan: Health, 1985.
4. *Pla de Salut de Catalunya*. Barcelona: Generalitat de Catalunya, 1998.
5. Freire JM. Las preferencias del consumidor en los servicios sanitarios. *Mapfre Medicina* 1991;2(3):141-50.
6. Consorci Hospitalari del Parc Taulí. *Marc Conceptual*. Documento interno.
7. Hulka B, Zyzanski S, Cassel J, Thompson S. Scale for the measurement of attitudes toward physicians and primary medical care. *Med Care* 1970;8:429-36.
8. Ware J, Snyder M. Dimensions of patients attitudes regarding doctors and medical care services. *Med Care* 1975;13:669-82.
9. Mira JJ, Buil JA, Rodríguez-Marín J, Aranaz J. Calidad percibida del cuidado hospitalario. *Gac Sanit* 1997;11:176-89.
10. Nettleman MD. Patient's satisfaction-What's new? *Clin Perform Qual Health Care* 1998;6(1):33-7.
11. Rubin H, Ware J, Hays R. The PJHQ questionnaire: exploratory factor analysis and empirical scale construction. *Med Care* 1990;28(9)Suplement:S2-S26.
12. Rubin H. Patient evaluations of Hospital Care. *Med Care* 1990;28(9)Suplement:S3-S9.
13. Zeithaml VA, Prasunaman A, Berry LI. *Calidad total en la gestión de servicios*. Madrid: Ed. Díaz Santos, 1993.
14. Steiber SR, Krowinski WJ. *Measuring and managing patient satisfaction*. Chicago: American Hosp Assoc, 1990.
15. Thompson A, Suñol R. Expectations as determinants of patient satisfaction: concepts, theory and evidence. *Qualit Assur Health Care* 1995;7:127-41.
16. Servei Català de la Salut. *Participació ciutadana en la provisió de serveis de salut*. Barcelona: Generalitat de Catalunya, 1999.
17. Ibern P. La mesura de la satisfacció en els serveis sanitaris. *Gac Sanit* 1992;6:176-85.
18. Kravitz RL. Patients' Expectations for Medical Care: An expanded formulation based on review of the literature. *Med Care Res Rev* 1996;52(1):3-27.
19. Lledó R, *et al.* Evaluación de las expectativas de los pacientes antes del ingreso en un centro de tercer nivel. *Med Clin* 1998; 111:211-5.
20. Fitzpatrick R. Surveys of patient satisfaction: Important general considerations. *Br Med J* 1991;302:887-9.
21. Clarke R, Kotler P. *Marketing for health organizations*. New Jersey: Prentice Hall, 1987.
22. Saturno PJ, Sánchez JA, PROSPER. El informe del usuario: un nuevo método par la evaluación y mejora de la calidad de la atención sanitaria. *Rev Calidad Asistencial* 1995;5:271-9.
23. Cleary PD, Edgman-Levitan MR, Moloney THW, McMullen W, Walker JD, Delbanca THL. Patients evaluate their hospital Care: A national survey. *Health Affairs* 1991;255-67.
24. Krueger RA. *El grupo de discusión. Guía práctica para la investigación aplicada*. Madrid: Pirámide, 1991.
25. Roberts JG, Tugwell P. Comparison of questionnaires determining patient satisfaction with medical care. *Health Serv Res* 1977; 22(5):637-54.
26. Larson CO, Neslon EC, Gustafson D, Batalden PB. The relationship between meeting patient's information needs and their satisfaction with hospital care and general health status outcomes. *International Journal for quality in health care* 1996;8(5): 447-56.