

La satisfacción del paciente quirúrgico

Sr. Director:

La opinión de los pacientes sobre la asistencia sanitaria que reciben, en las sociedades democráticas desarrolladas, ha adquirido una especial relevancia en los últimos años¹, interesando tanto a gestores sanitarios como a los propios profesionales.

La satisfacción del paciente es un aliado del proceso terapéutico, puesto que se ha asociado al cumplimiento terapéutico² y al resultado de la intervención^{3,4}, tanto en lo referente a la mejoría clínica^{5,6} como a la calidad de vida que se logra tras un tratamiento⁷.

Hay diferentes teorías sobre la satisfacción del paciente, aunque son 2 los enfoques más extendidos. Por un lado, la satisfacción se considera el resultado del sumatorio de las diferencias entre expectativas y valoraciones del resultado de la atención por parte del paciente^{8,9} (que se corresponde con la teoría más difundida de "confirmación de expectativas"), conforme a la fórmula

$$\text{satisfacción} = \sum (E_i - P_i)$$

donde E corresponde a la expectativa antes de recibir atención sanitaria y P a la percepción tras el acto asistencial. Por otro lado, la satisfacción es entendida como el sumatorio de los productos del valor que para el paciente tienen determinados aspectos de la atención sanitaria y la evaluación que realiza de esos mismos aspectos^{10,11}. En este segundo caso:

$$\text{satisfacción} = \sum (\text{Exp}_i \times \text{Eval}_i)$$

donde Exp corresponde a las expectativas y Eval a las valoraciones del paciente de la asistencia sanitaria.

Por lo que sabemos, los pacientes asocian la calidad de la atención sanitaria¹² a la accesibilidad, la competencia profesional, los aspectos relacionados con la comodidad y la apariencia física de las instalaciones, la disponibilidad de equipamientos, la empatía y amabilidad en el trato de los profesionales, la información (cantidad y calidad) que reciben de los profesionales, las posibilidades de elección, la capacidad de respuesta de los profesionales y la continuidad de los cuidados entre los diferentes niveles asistenciales. En la satisfacción del paciente quirúrgico inciden diversos factores, desde las condiciones del entorno físico (incluyendo la comodidad), pasando por la accesibilidad (entendida en sentido amplio y no sólo física), la comunicación médico-paciente, los cuidados de enfermería que se facilitan, la competencia profesional, la cortesía y amabilidad en el trato, el coste de la asistencia y, evidentemente, el resultado alcanzado¹³.

En nuestra experiencia con pacientes quirúrgicos hemos combinado técnicas de investigación cualitativa y

cuestionarios, siguiendo las recomendaciones sobre cómo evaluar con mayor validez la satisfacción de los pacientes¹⁴. En el primer caso, trabajamos con 3 grupos de pacientes quirúrgicos procedentes de 3 hospitales. En total, contamos con la participación voluntaria de 35 pacientes (de ellos, un 52% mujeres) de entre 18 y 65 años. En el segundo, de investigación cuantitativa, encuestamos telefónicamente a 274 pacientes quirúrgicos (185 pacientes de cirugía y 89 pacientes de cirugía mayor ambulatoria) seleccionados al azar de entre los pacientes atendidos 3 meses atrás en 4 hospitales públicos del Sistema Nacional de Salud de nuestro país.

La técnica cualitativa nos permitió identificar qué aspectos de la atención habían tenido un mayor impacto en los pacientes (describir buenas y malas experiencias). En este caso, las experiencias positivas que con más intensidad recordaban los pacientes, clasificadas por categorías, se refirieron al trato recibido (humano y personalizado; el 74% de los pacientes que intervinieron en la técnica cualitativa recordaba experiencias de este tipo), la comodidad (estado de las instalaciones, aspecto, limpieza, comodidad en general; citadas por un 29%), empatía de los profesionales (citadas por un 20%), resultado alcanzado (citadas por un 20%), y ser informados apropiadamente (lenguaje, claridad, tiempo, etc., citadas por un 14%). Por contra, recordaban como experiencias negativas, muy incómodas o desagradables las incomodidades de las instalaciones (citadas por un 57%), las carencias de personal en algunos momentos (fines de semana, tardes; comentadas por un 26%), el cuidado general de las instalaciones del hospital (citadas por un 26%) o el tiempo en lista de espera (que fue aducido por un 23% de los pacientes).

El cuestionario utilizado en la fase de investigación cuantitativa nos permitió identificar el porcentaje de pacientes satisfechos y qué aspectos eran los mejor y peor valorados. Identificamos como satisfechos a un 88,7% de los encuestados. El 82,7% de los pacientes indicó que había sido informado por el cirujano con suficiente claridad acerca de la intervención que le iban a realizar; el 88,6% que habían sido informados de los cuidados que debían realizar en sus domicilios una vez obtenida el alta médica; y el 90,8% afirmó que había sido claramente informado del seguimiento de su intervención. El 44% de los pacientes consideró que la profesionalidad (calificación, preparación) de los profesionales fue mejor o mucho mejor de lo que esperaban; el 47% consideró mejor o mucho mejor la disposición que encontraron en el personal para ayudarle; el 53,7% indicó que la amabilidad con que el personal le había tratado superaba sus expectativas; y, finalmente, el 48,7% de los pacientes afirmó que las atenciones que el personal de enfermería les brindó fueron mejor o mucho mejor de lo que esperaban.

Analizando las diferencias entre los pacientes que se habían sometido a cirugía o a cirugía mayor ambulatoria comprobamos que en todas las variables estudiadas había diferencias estadísticamente significativas, y la satisfacción era más alta en el caso de estos últimos ($p < 0,05$).

**José Joaquín Mira, Virtudes Pérez-Jover,
Jesús Rodríguez-Marín y Olga Tomás**

Universidad Miguel Hernández. Elche. Alicante. España.

Bibliografía

1. Mira JJ, Buil J, Lorenzo S, Vitaller J, Aranaz J. Marketing sanitario y calidad asistencial: reflexiones para el diseño de los servicios quirúrgicos. *Cir Esp* 2000;67:180-3.
2. Ruyter K, Bloemer J, Peeters P. Merging service quality and service satisfaction. An empirical test of an integrative model. *J Economic Psychology* 1997;18:387-406.
3. Da Costa D, Clarke AE, Dobkin P, Senecal JL, Fortin P, Danoff D, et al. The relationship between health status, social support and satisfaction with medical care among patients with systemic lupus erythematosus. *Int J Quality Health Care* 1999;11:201-7.
4. Robbins JA, Bertakis KD, Helms LJ, Azari R, Callahan EJ, Creten DA. The influence of physician practice behaviors on patient satisfaction. *Fam Med* 1993;25:17-20.
5. Rodríguez-Marín J, Martín Aragón M, Pastor MA, Lledó A, Pons N, López-Roig S, et al. Physician and patient evaluation of rehabilitation outcome. Is there agreement? The 13th Conference of the European Health Psychology Society. Florencia, octubre 1999.
6. Kane RL, Maciejewski M, Finch M. The relationship of patient satisfaction with care and clinical outcomes. *Med Care* 1997;35:714-30.
7. Guldvog B. Can patient satisfaction improve health among patients with angina pectoris? *International J Quality Health Care* 1999;11:233-40.
8. Oliver RL. A cognitive model of the antecedents and consequences of satisfaction decisions. *J Marketing Res* 1980;42:460-9.
9. Linder-Pelz S. Social psychological determinants of patient satisfaction: a test of five hypotheses. *Soc Sci Med* 1982;16:583-9.
10. Fishbein M, Ajzen I. Belief, attitude, intention, and behavior: an introduction to theory and research. Reading: Addison-Wesley, 1975.
11. Linder-Pelz S. Toward a theory of patient satisfaction. *Soc Scie Med* 1982;16:577-82.
12. Mira JJ, Galdón M, Ignacio García E, Velasco MV, García S, Vitaller J, et al. ¿Qué hace que los pacientes estén satisfechos? Análisis de la opinión de pacientes y profesionales mediante la técnica Delphi. *Rev Calidad Asistencial* 1999;14:165-78.
13. Sorlie T, Sexton HC, Sorlie D. Predictors of satisfaction with surgical treatment. *Inter J Qual Health Care* 2000;12:31-40.
14. Ford RC, Bach SA, Fottler MD. Methods of measuring patient satisfaction in health care organizations. *Health Care Manag Rev* 1997;22:74-89.