

## **«No estar satisfecho» no equivale a «estar insatisfecho»**

### **Sr. Director:**

Desde los trabajos de Koos<sup>1</sup> y Donabedian<sup>2</sup> la satisfacción del paciente está siendo considerada como una medida del resultado de la intervención médica, que se ha relacionado también con la información que recibe el paciente, las habilidades de comunicación del profesional y su estilo de práctica, la duración de la consulta o el confort en las instalaciones<sup>3</sup>.

La introducción de modelos de calidad total, junto al auge de la «sociedad de los consumidores», han contribuido a poner en práctica medidas de satisfacción del paciente en casi todos los centros. No obstante, en la práctica existen ciertas dificultades metodológicas<sup>4,5</sup> (dudas sobre la fiabilidad, escasa sensibilidad y pobre capacidad predictiva de algunas escalas) que contribuyen a una menor credibilidad de estas medidas entre los clínicos.

Tradicionalmente, en el ámbito sanitario, se ha optado por un enfoque pragmático a la hora de entender el concepto de satisfacción (asumiendo que varía a lo largo de un continuo entre satisfacción e insatisfacción), prefiriendo definiciones comprensivas a partir de sus supuestos componentes. Así, se han identificado como dimensiones de la satisfacción<sup>6-10</sup>:

- 1) Empatía (capacidad para comprender las necesidades del paciente y ponerse en su lugar, cortesía y amabilidad) de los profesionales sanitarios y no sanitarios, aunque especialmente de los primeros.

2) Información (incluyendo las habilidades para comunicar eficazmente esta información) que reciben los pacientes y sus familiares o allegados.

3) Competencia profesional (incluyendo el resultado de las intervenciones) de la que hacen gala los profesionales.

4) Capacidad de respuesta; donde se valora también la continuidad de los cuidados entre los distintos niveles asistenciales.

5) Accesibilidad a los centros sanitarios y a los profesionales.

6) Confort y estado de las instalaciones.

Alternativamente otros autores recurren a modelos teóricos que explican qué es y cómo se produce la satisfacción<sup>11</sup>. La teoría más difundida (incluido el ámbito sanitario<sup>12</sup>) es la de

«confirmación de expectativas», según la cual un paciente estará satisfecho en función del grado de disonancia entre lo que espera y recibe, conforme a la fórmula: Satisfacción =  $\Sigma$  (Ei-Pi), donde E corresponde a la expectativa antes de recibir atención sanitaria y P a la percepción tras el acto asistencial en cada una de las dimensiones relevantes de lo que es una buena atención sanitaria para el paciente. Conforme a la idea de Kano<sup>13</sup> podríamos diferenciar entre elementos «básicos» (si no están presentes los pacientes se mostrarán muy insatisfechos, ahora bien, si están presentes no producen necesariamente satisfacción), «demandados» (la satisfacción que se logra cuando están presentes es proporcional al nivel de cumplimiento) y «clave» (si no están presentes no producen insatisfacción, ya que no son esperados por los pacientes). En este supuesto, satisfacción-insatisfacción, aunque obviamente relacionadas, constituyen medidas independientes.

En nuestro estudio con 5.031 pacientes, llevado a cabo en 12 hospitales públicos que habían utilizado la escala SERVQHOS<sup>14</sup> para conocer su valoración de la atención sanitaria recibida durante el ingreso, dividimos los sujetos en dos grupos: claramente insatisfechos (1.113, el 22,12% de los casos analizados) y claramente satisfechos (1.084, el 21,55% de los pacientes). El criterio clasificador se basó en los valores fuera del rango del verdadero valor de la media (por debajo o por encima del intervalo de confianza al 95%) de las medidas independientes efectuadas de satisfacción y de calidad percibida. Una vez clasificados en estos dos grupos, analizamos mediante regresión lineal paso a paso, qué elementos de la atención sanitaria se relacionaban significativamente con la satisfacción del paciente.

En el primer caso, el de sujetos insatisfechos, encontramos como variables asociadas a la insatisfacción ( $R=0,19$ ,  $F=8,63$ ,  $p<0,0001$ ): información que facilita el médico ( $p=0,028$ ), tecnología disponible (valoración de que la tecnología no está obsoleta) ( $p=0,001$ ), tiempos de espera para ser atendido ( $p=0,017$ ), estado de la habitación ( $p=0,005$ ) y uniformidad del personal (pulcritud e identificación) ( $p=0,0028$ ). En el segundo caso, el de la satisfacción, encontramos ( $R=3,20$ ,  $F=17,99$ ,  $p<0,0001$ ): empatía (capacidad para comprender las necesidades del paciente) ( $p=0,006$ ), amabilidad en el trato con el paciente ( $p<0,0001$ ), cumplir lo que se anuncia al paciente (citas, revisiones, pruebas, etc.) ( $p=0,007$ ), uniformidad del personal (pulcritud e identificación) ( $p=0,006$ ), tiempos de espera para ser atendido ( $p=0,014$ ) y el interés que demuestra el personal de enfermería por el paciente ( $p=0,016$ ).

Estos resultados ponen de relieve que satisfacción e insatisfacción no deben necesariamente interpretarse como un continuo, ya que determinados aspectos que inciden en la primera no lo hacen de la misma forma o intensidad en la segunda.

En el primer caso, una inadecuada información (desde el punto de vista del paciente), por ejemplo, incide negativamente y promueve insatisfacción. Diríamos que se trata de un elemento básico de la atención sanitaria desde el punto de vista del paciente y, por esa razón, podría explicarse que en este caso una adecuada información no se haya relacionado con la satisfacción.

En el segundo caso, la amabilidad del personal en su trato con el paciente (o la empatía) aparece como antecedente de la satisfacción a la vista de estos resultados. En este caso, diríamos que se trata de una característica de la atención que, si no se manifestase, no determinaría necesariamente insatisfacción (salvo que estemos hablando de un trato manifiestamente des cortés).

A su vez, hay aspectos, como en este caso sucede con los tiempos de espera para ser atendidos, que se relacionan tanto con la insatisfacción como con la satisfacción, y que actúan tanto como elementos «básicos» de la atención como elementos «demandados».

Desde un punto de vista práctico estos resultados sugieren que existen aspectos cuya ausencia no se asocia a la insatisfacción, mientras que existen otros cuya carencia claramente incide en esta insatisfacción; estarían explicando algunos de los problemas de sensibilidad de ciertas escalas; abren nuevas posibilidades para identificar sobre qué áreas puede actuarse en los centros para incrementar la satisfacción de los pacientes; invitan a realizar estudios que permitan diferenciar con mayor claridad entre elementos «demandados» y «clave» en la terminología que venimos adoptando; subrayan que la comunicación médico-paciente es un claro antecedente de la satisfacción; apuntan a que debe explicarse con realismo a los pacientes (y ciudadanos) qué cabe esperar del sistema público de salud (por ejemplo, mediante cartas del paciente), actuando para modular sus expectativas en base a los recursos disponibles realmente y no, como sucede en ocasiones, despertar expectativas y utilizarlas como «jabalina» electoral; sugieren la necesidad de construir nuevas escalas que tengan en cuenta estas diferencias y aboga por modelos teóricos que consideren la satisfacción como un «proceso»<sup>12,15</sup>, reforzando el papel de las expectativas sobre el resultado final de la satisfacción del paciente.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Koos E. The health of regionville. New York: Hafner;1954.
  2. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. Milbank Memorial Fund Quart. 1966;44:166-202.
  3. Mira JJ, Aranaz J. La satisfacción del paciente como una medida del resultado de la atención sanitaria. Med Clin. 2000;114 Supl 3:26-33.
  4. Sitzia J. How valid and reliable are patient satisfaction data? An analysis of 195 studies. International J Quality Health Care. 1999;11:319-28.
  5. Barrasa JI, Aibar C. ¿Se utiliza la satisfacción de los pacientes para mejorar el sistema nacional de salud español? Una revisión sistemática. Rev Calidad Asistencial. 2003;18:414-24.
  6. Ware J, Snyder M. Dimensions of patient attitudes regarding doctors and medical care services. Medical Care. 1975;13:669-82.
  7. Lewis JR. Patient views on quality care in general practice: literatura review. Social Science and Medicine. 1994;39:655-70.
  8. Hall J, Dornan M. What patients like about their medical care and how often they are asked: a meta-analysis of the satisfaction literature. Social Science and Medicine. 1988;27:935-9.
  9. Nathorst-Böös J, Munck IME, Eckerlund I, Ekfeldt-Sanberg C. An evaluation of the QSP and the QPP: two methods for measuring patient satisfaction. International J Quality Health Care. 2001;13:257-64.
  10. Mira JJ, Galdón M, Ignacio García E, Velasco MV, García S, Vitalíer 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.
  11. Bowers MR, Swan JE, Koehler WF. What attributes determine quality and satisfaction with health care delivery? Health Care Manage Rev. 1994; 19:49-55.
  12. Linder-Pelz S. Social psychological determinants of patient satisfaction: A test of five hypotheses. Social Science and Medicine. 1982;16:583-9.
  13. Kano N. A Perspective on Quality Activities in American Firms. California Management Review. 1993;35.
  14. Mira JJ, Aranaz J, Rodríguez-Marín J, Buil JA, Castell M, Vitalíer J. SERVQHOS: un cuestionario para evaluar la calidad percibida de la asistencia hospitalaria. Medicina Preventiva. 1998;IV:12-8.
  15. Oliver RL. A cognitive model of the antecedents and consequences of satisfaction decisions. Journal of Marketing Research. 1980;42:460-9.

J. J. Mira<sup>a, b</sup>, S. Lorenzo<sup>c</sup>, V. Pérez-Jover<sup>b</sup> y J. Rodríguez-Marín<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Agencia Valenciana de Salud. Área Sanitaria 16.

<sup>b</sup> Universidad Miguel Hernández. Elche. Alicante.

<sup>c</sup> Fundación Hospital Alcorcón. Alcorcón. Madrid.