

Causas de satisfacción y de insatisfacción de los pacientes en hospitales y atención primaria

J.J. Mira^a, J. Rodríguez-Marín^a, R. Peset^b, J. Ybarra^b, V. Pérez-Jover^a, I. Palazón^a y E. Llorca^b

^aUniversidad Miguel Hernández de Elche. ^bDirección General para la Atención al Paciente. Conselleria de Sanitat. Generalitat Valenciana.

Correspondencia

José Joaquín Mira.

Departamento de Psicología de la Salud. Universidad Miguel Hernández.

Ctra. de Valencia, s/n.

03550 San Juan de Alicante.

Correo electrónico: jose.mira@umh.es

Resumen

Introducción: En el sector sanitario se utilizan diferentes aproximaciones metodológicas (tanto cuantitativas como cualitativas) para identificar los aspectos de la atención sanitaria más importantes para los pacientes. Estos estudios han sido utilizados para diseñar instrumentos de evaluación de la satisfacción del paciente, identificando las dimensiones que debían ser evaluadas para conocer mejor sus opiniones.

Objetivo: Identificar los aspectos que los pacientes señalan como causa de satisfacción e insatisfacción en diferentes servicios médicos.

Método: Diseño cualitativo combinando las técnicas de grupo focal y grupo nominal. En total creamos 20 grupos de trabajo, colaborando 10 hospitales y 4 centros de salud.

Sujetos: Participó un total de 171 pacientes que habían sido atendidos en diferentes servicios sanitarios: medicina y cirugía, obstetricia, pediatría, consultas externas y urgencias y centros de atención primaria.

Resultados: Los pacientes, independientemente del grupo en el que participaban, consideraron como causas de satisfacción: el trato humano y personalizado, la empatía, la capacidad de respuesta, la calidad de la información recibida y el confort de las instalaciones. Por otro lado, consideraron como causas de insatisfacción: la falta de coordinación del personal sanitario cuando sucedía, las listas de espera y los retrasos en la atención, en obtener los resultados de las diferentes pruebas o en comunicar el diagnóstico.

Conclusiones: Empatía, trato y confort son los motivos más frecuentes de "buenas experiencias", mientras que la accesibilidad y ciertos aspectos organizativos son los motivos más citados como causas de insatisfacción.

Palabras clave: Satisfacción del paciente. Grupo focal. Servicios sanitarios.

Summary

Introduction: Various methodological approaches (both quantitative as qualitative) are used in the health sector to identify the aspects of health care that are most important to the patients. These studies have been used to design instruments to evaluate patients' satisfaction, identifying the dimensions that should be evaluated to better determine their opinions.

Objective: To detect the aspects identified by patients as causes of satisfaction and dissatisfaction in several medical departments.

Method: Qualitative design combining the methods of nominal and focus groups. In total, 20 working groups with patients from 10 hospitals and four primary health centers were formed.

Subjects: A total of 171 patients participated in our study. The patients had received medical care from the departments of medicine and surgery, obstetrics, pediatrics, as well as from outpatient clinics, the emergency department and primary care.

Results: Independently of the group in which they participated, patients identified the following factors as causes of satisfaction: human and personalized dealings with staff, empathy, responsiveness, the quality of the information received and comfort. In addition, patients considered the following factors as causes of dissatisfaction: lack of coordination between health personnel, waiting lists, and delays in receiving care, obtaining the results of tests and in receiving the diagnosis.

Conclusions: Empathy, personalized treatment, and comfort are the most frequent reasons cited as "good experiences" while accessibility and certain organizational aspects are the dimensions that patients most commonly mentioned as causes of dissatisfaction.

Key words: Patient satisfaction. Focus group. Health service.

Introducción

Sea cual fuere el modelo de gestión que se adopte en la empresa sanitaria, es indudable que una de sus características básicas pasará por la orientación hacia el cliente, elemento común a todos los modelos de calidad total en la actualidad¹⁻³.

Los estándares de acreditación de la Joint Commission⁴, el modelo de Excelencia conocido por las siglas EFQM⁵, el denominado Modelo Iberoamericano⁶ o las nuevas normas ISO 9001:2000⁷ presentan algunas diferencias en sus contenidos, pero también tienen muchas similitudes. Precisamente una de las similitudes que más llama la atención es la importancia de la orientación hacia el cliente (en el primer caso, hacia el paciente) que los 4 modelos destacan como característica primor-

dial y que debe basarse en información contrastada acerca de las preferencias y tendencias en la opinión de los distintos tipos de clientes.

Ahora bien, esta orientación hacia el cliente debe documentarse sobre la base de informaciones lo más objetivas posible. Tal como se señala en el modelo EFQM⁸, es básico, por ejemplo, que el sistema de calidad de una organización obtenga información sobre las preferencias, expectativas, sobre qué se considera relevante en cada momento, sobre cómo cambian las preferencias y sobre cómo enfocar la organización hacia las necesidades cambiantes de los clientes (en nuestro caso, de los diferentes tipos de pacientes)⁹.

En el sector sanitario, desde hace tiempo se recurre a diferentes aproximaciones metodológicas (tanto cuantitativas

como cualitativas) para identificar qué aspectos de la atención sanitaria son los más importantes para los pacientes¹⁰. Habitualmente este tipo de estudios se ha utilizado para diseñar instrumentos de evaluación de la satisfacción del paciente y, por tanto, ha servido para identificar qué dimensiones debían ser evaluadas para conocer mejor sus opiniones o para establecer prioridades en los planes de mejora.

En uno de los estudios mas citados, Hall y Dornan^{11,12}, en 1988, pusieron de relieve que en las encuestas de satisfacción del paciente se prestaba mayor atención a las condiciones para “humanizar” la asistencia médica (en un 65% de los casos), a la cantidad y cualidad de la información que se facilitaba a los pacientes (en un 50%) y a la competencia percibida de los profesionales (en un 43%). Otros autores¹³⁻¹⁷, a partir de otros enfoques metodológicos, han identificado como factores importantes para determinar el nivel de satisfacción las condiciones del entorno físico (incluyendo el confort), la accesibilidad entendida en sentido amplio (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 alcanzado (tabla 1).

Si atendemos, en cambio, a los estudios que han tomado como referente el cuestionario SERVQUAL, con el que se evalúa la calidad percibida por el paciente (concepto muy próximo al de satisfacción y muchas veces intercambiable con él¹⁸), las dimensiones estudiadas presentan importantes similitudes, y a las dimensiones originales del citado cuestionario de tangibilidad, capacidad de respuesta, fiabilidad, seguridad y empatía, se les han sumado otras más específicas de la atención sanitaria como: información al paciente o allegados, cuidados que se procuran, competencia profesional, continuidad del cuidado y efectividad de las intervenciones¹⁹⁻²³ (tabla 2).

Si atendemos a los datos publicados hasta la fecha, las causas más importantes de insatisfacción de los pacientes varían en función de distintos parámetros. Por ejemplo, en nuestro país, Maderuelo et al²⁴, mediante Delphi, señalaron en 1995 como motivos de insatisfacción de los ciudadanos con el siste-

Tabla 1. Dimensiones identificadas de la satisfacción del paciente

Ware & Snyder (1975) Dimensiones del cuestionario satisfacción del paciente	Lewis (1994) Revisión de la bibliografía-predictores de satisfacción del paciente	Maderuelo et al (1995) Delphi-motivos de insatisfacción	McKinley, et al (1997) Entrevistas/grupo focal-atención primaria	Nelson et al (1989) Grupo focal/análisis de la bibliografía	Nathorst-Böös et al (2001) Entrevistas, grupos focales-obstetricia
Instalaciones/entorno físico	Información que facilita el médico	Listas de espera	Información	Admisión	Atención médica (evaluación)
Comunicación médico-paciente	Médico que resulte agradable como persona	Lentitud en pruebas diagnósticos, etc.	Actitud del médico	Cuidados diarios	Tiempos de espera
Competencia profesional	Tiempo de consulta	Masificación de las consultas	Continuidad del cuidado	Información	Tratamiento médico
Accesibilidad	Competencia profesional	Escasa coordinación entre niveles	Espera hasta la consulta	Cuidados de enfermería	Información
Cortesía	Sensación de que se toma en serio el problema del paciente	Deficiencias infraestructura en el ámbito rural	Accesibilidad fuera del horario	Atención médica	Participación del paciente
Habilidades interpersonales	Médico que aconseja	Ineficacia para resolver quejas	Persona inicial de contacto	Personal auxiliar	Entorno (confort, decoración, etc.)
Coste de la asistencia	Fe en el médico	Carencias de especialistas	Satisfacción general	Comodidades	Accesibilidad
Resultado de la intervención sanitaria	Accesibilidad los fines de semana y vacaciones	Insuficiente información sobre los servicios ofertados		Condiciones de alta hospitalaria	
	Capacidad de respuesta			Coste de la asistencia	
	Hábito prescriptor (tanto exceso como defecto)			Valoración global del proceso	
	Tiempos de espera				

En la tabla se identifican el/los autor/es, año de publicación, método de investigación y ámbito.

Tabla 2. Dimensiones identificadas de calidad percibida

Parasuraman, et al (1988) Entrevistas/grupo focal	Parasuraman, et al (1988) Análisis factorial SERVQUAL	Bowers, et al (1994) Análisis regresión SERVQUAL
Tangibilidad	Tangibilidad	Fiabilidad
Fiabilidad	Capacidad de respuesta	Capacidad de respuesta
Capacidad de respuesta	Fiabilidad	Información
Competencia	Seguridad	Accesibilidad
Cortesía	Empatía	Empatía
Información		Cuidados
Credibilidad		
Seguridad		
Accesibilidad		
Empatía		

En la tabla se identifican el/los autor/es, año de publicación, método de investigación y ámbito.

Tabla 2. Dimensiones identificadas de calidad percibida (bis)

Bowers, et al (1994) Grupo focal	Mira et al (1988) Análisis factorial SERVQUAL	Jun et al (1998) Entrevistas/ grupo focal	Mira et al (1999) Delphi	Hernan M, et al (2001) Grupos focales/ análisis factorial
Tangibilidad	Calidad subjetiva Cortesía Empatía Capacidad de respuesta Competencia profesional	Tangibilidad	Accesibilidad	Servicio accesible
Fiabilidad	Calidad objetiva Tangibilidad Fiabilidad horaria Información	Fiabilidad	Competencia profesional	Confortabilidad
Capacidad de respuesta		Capacidad de respuesta	Tangibilidad	Personalización
Competencia		Competencia	Empatía	Garantía
Cortesía		Cortesía	Información	Fidelidad con el servicio
Información		Información	Capacidad de elección	
Credibilidad		Accesibilidad	Capacidad de respuesta	
Seguridad		Cuidados	Confort de las instalaciones	
Accesibilidad		Resultado de la intervención sanitaria	Continuidad cuidado	
Empatía		Empatía		
Cuidados		Continuidad cuidado/trabajo en equipo		
Resultado de la intervención sanitaria				

En la tabla se identifican el/los autor/es, año de publicación, método de investigación y ámbito.

ma sanitario las listas de espera, la lentitud en la realización de pruebas diagnósticas, la masificación de las consultas, la escasa coordinación entre niveles, la deficiente infraestructura sanitaria en el ámbito rural, la ineficacia para resolver las reclamaciones de los pacientes, la carencias de especialistas en algunos centros y la insuficiente información sobre los servicios que ofertaba el sistema sanitario público.

Si revisamos los datos del “barómetro sanitario” de 1999²⁵, concluiríamos que la accesibilidad, el trato que dispensan los profesionales y la confianza en el médico eran, en 1999, los factores más positivos de la asistencia primaria pública, mientras que en el caso de los hospitales los factores vistos como positivos fueron las atenciones y cuidados del personal de enfermería y médico y el trato dispensado, suspendiendo

únicamente en cuanto a los trámites para acceder al especialista, en el primer caso, y por compartir habitación en el segundo.

En el estudio de Mira et al²⁶, realizado mediante la técnica Delphi también en 1999, se puso de relieve que las dimensiones que más valoraban los ciudadanos de nuestro país eran: accesibilidad, competencia profesional, aspectos de confort y apariencia física de las instalaciones, disponibilidad de equipamientos, la empatía de los profesionales, la información (cantidad y cualidad) que recibían 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. Aunque podría resultar excesivo generalizar estos resultados al conjunto del Sistema Sanitario, sí parecen indicar dimensiones importantes desde el punto de vista de los pacientes y, por tanto, dimensiones que deben “cuidarse” para procurar su satisfacción.

En esencia, todos estos datos deberían servir para identificar objetivos en los procesos asistenciales a fin de incrementar la satisfacción de los pacientes con las atenciones sanitarias que reciben. Sin embargo, para que resulte más eficiente esta información se requieren datos adicionales sobre distintos colectivos de pacientes que, por las características específicas de su proceso, presentan perfiles, necesidades y expectativas diferentes.

Este estudio se enmarca dentro de esta aproximación metodológica y tiene como objetivo identificar qué aspectos de la atención sanitaria son evaluados positivamente por los pacientes y cuáles otros son causa de insatisfacción ante distintos tipos de prestaciones sanitarias, desde la atención primaria a la hospitalización, pasando por consultas externas, urgencias, obstetricia o pediatría.

Material y método

Mediante una combinación de técnicas de investigación cualitativa (metaplán), basada en las técnicas del grupo nominal y grupo focal, se recogieron y analizaron puntos de vista sobre las atenciones médicas de diferentes dispositivos asistenciales, en concreto: hospitalización (medicina y cirugía), obstetricia, pediatría, consultas externas de especialidades, urgencias hospitalarias y atención primaria.

La técnica empleada partía de las aportaciones individuales de cada uno de los asistentes a la pregunta clave que se les planteaba (fase grupo nominal) para, una vez expuestas estas primeras ideas y consensuados los temas sobre los que centrar la discusión del grupo, abrir un coloquio semidirigido a fin de tratar abiertamente cada uno de ellos (fase grupo focal). Las sesiones, con el permiso de los asistentes, se grabaron en cinta magnetofónica a fin de facilitar posteriormente el análisis y clasificación de la información aportada en diferentes categorías.

Las preguntas que se formularon a los grupos para abrir el debate fueron: “De su experiencia, ¿qué le ha resultado más positivo?, ¿qué recuerda con mayor agrado?”, y “De su experiencia, ¿qué le ha resultado más negativo?, ¿qué recuerda con mayor desagrado?”

En total se organizaron 20 grupos de trabajo contando con la colaboración de 10 hospitales y de 4 centros de salud, parti-

cipando 171 sujetos en estos grupos. En todos los casos se trataba de pacientes atendidos en dichos dispositivos asistenciales, o de acompañantes (p. ej. en el caso de pediatría se trataba de tutores de los menores atendidos), que hubieran sido dados de alta en el último año (la mayoría altas de los últimos tres meses y sólo en algún caso pacientes con alta en el mismo día).

Los grupos focales tuvieron una duración media de 1 h. Habitualmente participaban en cada sesión unas 9 personas. Estas sesiones se realizaron entre los meses de febrero y abril de 2001.

Para la selección de los participantes en estas sesiones grupales, se contó con la colaboración de los servicios de atención al usuario de los dispositivos asistenciales que colaboraban en este estudio. Desde este servicio se seleccionó a aquellos pacientes que, habiendo sido atendidos en los dispositivos participantes, cumplieran con una serie de requisitos: edad entre los 18 y 65 años, residencia en zona relativamente próxima al hospital, no presentar enfermedad que le incapacitara para participar en las dinámicas y disponer de teléfono en casa. El azar determinó los domicilios a los que se llamó, recayendo en los sujetos la decisión final de su participación en el estudio.

El análisis de la información obtenida de los grupos se realizó en función de las variables: espontaneidad (número de veces que una misma idea fue apuntada, de forma independiente, por distintos participantes de los grupos, expresada en porcentaje sobre el número de participantes) y coincidencia (número de veces que una idea aparecía citada por los participantes de grupos diferentes –triangulación–, calculada en porcentaje sobre el número total de grupos de discusión realizados).

Resultados

En total tomaron parte activa en los grupos de trabajo 108 mujeres y 63 varones.

En las tablas se recogen los resultados en la variable espontaneidad, una vez categorizadas las distintas aportaciones. Los aspectos de la atención sanitaria más valorados y los menos valorados por los asistentes a los grupos de trabajo de cada área sanitaria se presentan en las tablas 3 y 4, respectivamente.

Se incluyen tanto los comentarios sobre aspectos globales del tipo de dispositivo asistencial de que se trate en cada caso como aquellos otros realizados durante las sesiones grupales sobre la atención recibida puntualmente, si bien el análisis que se presenta se refiere a aspectos más globales de las atenciones sanitarias que podrían afectar al conjunto de centros.

En el caso de la estancia hospitalaria (en medicina o cirugía), los pacientes consideraron especialmente positivos el trato que dispensa el personal sanitario (humano y personalizado) y la empatía de la que hacen gala en sus relaciones con el paciente (tabla 3). Alguno de los comentarios que se pudo escuchar fueron que “las enfermeras son amables y cariñosas” e incluso que la dedicación del médico a veces va más allá de la intervención, se “preocupa” por el estado del paciente: “a pesar de la operación no se solucionó mi problema, por lo que el

Tabla 3. Aspectos más valorados por los pacientes que acuden a los diferentes servicios médicos (espontaneidad)

	Hospitalización (%)	Obstetricia (%)	Pediatría (%)	Consultas externas (%)	Atención primaria (%)	Urgencias (%)
Trato al paciente	74	50	72	58	89	28
Limpieza de las instalaciones	29	50	6	4	33	
Rapidez en las atenciones/dar resultados de pruebas	11	12	6	17	8	26
Información proporcionada por el médico	14		18	29		2
Realización múltiples pruebas/todas las necesarias	3	12		8	3	4
Calidad/cantidad de la comida	37	50	22			
Medios técnicos/recursos	9			12	14	
Resultados/eficacia de la intervención/tratamiento	20		6	12		
Facilidad para obtener material/medicamentos		37	11	4		
Existencia/buen trabajo de especialistas		25	11		22	8
Accesibilidad/buena ubicación del centro		12		12	6	
Dedicación por parte del médico de todo el tiempo necesario		12		21	19	
Facilidad/flexibilidad para recibir visitas		25	11			4
Implicación/tener en cuenta las necesidades del paciente	20				17	4
Organización de las consultas/visitas/citas				12	11	
Atención telefónica				8	8	
Habitación individual		25	11			
Posibilidad de acompañamiento en la sala de dilatación		50				
Restricción de visitas			22			
Atención aunque no pertenezca a ese hospital			6			
Actividades para los niños (actividades lúdicas, existencia de profesores y sala de juegos)			56			
Coordinación entre los diferentes profesionales médicos				4		
Decoración agradable					6	
Sala de espera bien acondicionada (calefacción/aire acondicionado)					3	
Cualificación del personal sanitario						6
Diagnóstico temprano						4
Prioridad en función de la urgencia del problema						4

Porcentaje de veces que se repite la categoría en los diferentes grupos.

médico me realizó muchas pruebas hasta que finalmente dio con lo que me pasaba”.

Destaca asimismo la importancia que atribuyen al resultado final de la asistencia sanitaria, al confort (estado de las instalaciones, aspecto, limpieza, comodidad en general) y el ser informados apropiadamente (“Lo que más me gustó era que te hablan claro, te dicen lo que tienes con palabras que entiendes. Son francos pero lo dicen con diplomacia”).

Como aspectos que provocan insatisfacción (tabla 4) se identificaron las incomodidades de las instalaciones: “por el día

hace frío y por la noche excesivo calor”, indicó alguno de los pacientes entrevistados; “te duele más la espalda por la cama que por la operación”, comentaba otro.

Otros aspectos señalados fueron las carencias de personal en algunos momentos (fines de semana, tardes, en determinados servicios), las listas de espera o el cuidado general de las instalaciones del hospital. Algunos de los comentarios más serenos fueron: “Te bajan a hacerte una radiografía y te olvidan en el pasillo. Te da tiempo hasta ver los desconchados de las paredes y los papeles que hay por el suelo”.

Tabla 4. Aspectos menos valorados por los pacientes que acuden a los diferentes servicios médicos (espontaneidad)

	Hospitalización (%)	Obstetricia (%)	Pediatría (%)	Consultas externas (%)	Atención primaria (%)	Urgencias (%)
Falta de coordinación/organización entre personal sanitario	3	12	5	12	14	4
Listas de espera	23			58	33	
Demoras/retrasos (en la atención, en dar resultados de pruebas, en comunicar diagnósticos)	14		50	83	28	18
Falta de atención del personal sanitario (noches, fin de semana, horas comida) debido a falta de suficiente personal	26		22	67	33	6
Falta de información	14	100		46		
Cumplimiento de la restricción de visitas	6	100	28			
Insuficiencia de pruebas realizadas/ tratamientos (epidural)/materiales sanitarios (pañales, calmantes, toallas, etc.)	20	37	5	21	25	
Mala combinación de transportes hacia o desde el hospital/centro de salud	11	12		17	11	
Falta de limpieza	9	75	17			2
Trato del personal sanitario	11			8	14	4
Infraestructura de las habitaciones (funcionamiento aire acondicionado/ teléfono/TV)	23	75	11			
Comodidad de las habitaciones (comodidad camas, sillón acompañante, compartirla)	57	75	34			
Calidad/cantidad de la comida/no elección de menú en niños	17	25	39			
Dificultades para el aseo del enfermo/ familiar (= padres en pediatría)	3	37	22			
Falta de aparcamiento/ser privado			22	8		2
Falta de especialistas				29	28	8
Existencia de ruidos	9		17			2
Aspecto/mantenimiento del hospital y sus dependencias	26	12				
Teléfono comunicando constantemente				46	19	
Poner juntos a pacientes que no están en las mismas condiciones (edad, tipo de enfermedad, etc.)		25	17			
Falta de seguridad			22		6	
Errores en el diagnóstico			6	21		
Cambios frecuentes de personal sanitario			6		14	
No existen tallas de pijamas adecuadas a las personas obesas/delgadas	14					
Mejor optimización/distribución de recursos (construir nuevos hospitales, no centros de especialidades pequeños)	11					
Diferenciar ascensores: pacientes/visitas, por medidas higiénicas	11					
No dejan al acompañante mientras curan al paciente	6					
No tener en cuenta las preferencias/ decisiones del paciente		75				
No poder ver al bebé cuando nace		25				

Tabla 4. Aspectos menos valorados por los pacientes que acuden a los diferentes servicios médicos (espontaneidad). (Continuación)

	Hospitalización (%)	Obstetricia (%)	Pediatría (%)	Consultas externas (%)	Atención primaria (%)	Urgencias (%)
Tienes que pedir el “regalito” que dan cuando nace el bebé		25				
No hay alternativas planificadas cuando los paritorios están llenos		12				
En cuidados intensivos hay masificación de niños en los <i>boxes</i> , falta de limpieza			40			
Tratar a los niños de manera diferente a un adulto (explicaciones, formas de hablar, etc.)			28			
Las ambulancias tardan mucho tiempo y hay que compartirlas			11			
Cuidar la sala de juegos			6			
Reciclar la basura			6			
No hay un horario establecido para la visita del médico			6			
Falta de personal voluntario en determinados servicios (válido para que el “cuidador” descanse)			6			
Personalización del trato				12		
Buscar un sistema para que el paciente que no vaya a acudir, avise				8		
No tener que reclamar en atención al paciente para conseguir algo				6		
Falta de asientos en la sala de espera				4		
Que puedan recetar todos los médicos				4		
Dificultad para que te den cita el mismo día					22	
Pertenencia a un hospital de referencia cercano					11	
Problemas a la hora de cambiar el horario de consulta por incompatibilidad laboral					11	
Procedimientos para solicitar material sanitario demasiados complejos					8	
Deberían avisar cuando esté un médico suplente, para no acudir ya que él no puede hacer el seguimiento					8	
Uso abusivo e inapropiado del servicio de urgencias					8	
Pérdida de documentos					3	

Porcentaje de veces que se repite la categoría en los diferentes grupos.

Los grupos que trabajaron sobre obstetricia (tabla 3) consideraron como aspectos más positivos para las pacientes el trato que dispensa el personal (“no eres simplemente un número de la Seguridad Social, se quedan con tu cara y te van preguntando cómo estás. ¿Todavía no has parido?, ¿qué vamos a hacer con esta chica para que no tenga tantos dolores?”, e incluso “te animan en el paritorio, lo cual se agradece porque en los momentos en que no puedes más te animan a seguir”), que pueda pasar un acompañante (normalmente el padre) al paritorio y el confort y estado de las instalaciones (destacando especialmente el grado de limpieza).

Por el contrario, como aspectos causantes de insatisfacción señalaron no ser siempre informadas correctamente, el que se

permita entrar libre y masivamente a las habitaciones a todas las visitas, sin tener en cuenta el estado del paciente (tabla 4): “Los familiares de mi compañera estaban tan contentos que no pensaron que yo estaba muy mal porque no estaba con mi hijo [...] estaba en la incubadora y yo estaba muy preocupada y triste”. “Venían con sus otros hijos, que corrían pasillo arriba, pasillo abajo, y gritaban. Yo acababa de parir y quería dormir”.

En el caso de los padres que opinaron sobre las causas de satisfacción en pediatría, las ideas que más se repitieron fueron (tabla 3) el trato humano, cortés, personalizado. Algunos de los comentarios que destacaron este aspecto fueron que “las enfermeras [son las que pasan la mayor parte del tiempo con los ni-

ños] son muy simpáticas, atienden a mi hijo con una sonrisa. Se les nota que les gusta lo que hacen”, y también que “no me importa que el médico me hable mejor o peor, sé que con mi hija es muy simpático y es ella la que está enferma”. Asimismo valoraron la existencia de actividades lúdicas para los niños y la restricción de visitas de que disfrutaban durante la estancia, sobre todo en determinados servicios como pueden ser los cuidados intensivos (“Me parece bien que no dejen entrar a nadie porque pueden meter virus”).

Como generadoras de insatisfacción señalaron las demoras en realizar a los niños determinadas pruebas, lo que provoca que permanezcan horas sin comer o beber (“A veces te dicen por la noche que el niño no tome nada por la mañana porque le van a hacer pruebas y vienen a recogerlo a última hora de la mañana [...]. Podrían hacer las pruebas a los niños primero porque se pasan tres y 4 horas sin tomar nada [...]. Se quejan y lloran porque tienen hambre”), el no poder elegir un menú para sus hijos o que en una misma habitación haya niños con patología de distinta gravedad (p. ej., una madre comentó: “es doloroso que mi hijo, que está conectado a varios tubos y no puede levantarse de la cama, vea al otro niño jugar”).

En consultas externas se destacaron como causantes de satisfacción, fundamentalmente, el trato (amable y cortés), el tipo y calidad de la información que se les suministra y que el médico dedique suficiente tiempo al paciente. En este sentido, uno de los pacientes comentaba: “Hay que dejar paso a la juventud porque son más agradables que algunos carcamales de siempre [...], te dedican más tiempo y te escuchan”.

Como agentes promotores de insatisfacción se citaron los retrasos en comunicar los resultados de las pruebas, las listas de espera para ser vistos por los especialistas y que el teléfono para obtener cita “siempre comunica”.

Los grupos de trabajo sobre atención primaria coincidieron en señalar como generadores de satisfacción entre los pacientes el trato que dispensa el personal (una paciente que había acudido a su médico por un esguince de tobillo comentó que “mi médico se fijó en que yo no estaba bien y me mandó hacerme análisis y tenía anemia”; un paciente de nacionalidad belga explicó cómo “el médico comprobó cuáles eran los medicamentos españoles que tenían las mismas propiedades y me los recetó”), el tiempo que dedica y las explicaciones e informaciones que facilita. Las empatía (hablando del trato dispensado por el personal de enfermería una de las participantes señalaba que “cuando te hacen curas o te extraen sangre llevan mucho cuidado, como si les doliese a ellos”) y ciertas condiciones de confort (fundamentalmente la limpieza) fueron también señalados como importantes.

La falta de personal en determinados horarios, la lista de espera para ser visto por un especialista y que no dispensen a las personas mayores suficiente material (citaron como ejemplo los pañales) fueron los factores causantes de insatisfacción más repetidos.

En el caso de los grupos de urgencias, los pacientes destacaron como más positivos la amabilidad del trato y empatía, junto a la cualificación del personal y la rapidez de la atención: “Urgencias está colapsada por culpa de los pacientes que acuden con cosas que son poco urgentes. Cuando vas con algo urgente [...], un ataque al corazón [...], te cogen enseguida”.

Como más negativos desde su punto de vista, se identificaron experiencias con un excesivo tiempo de espera y con falta de información sobre el estado del paciente a familiares o acompañantes: “Estuvimos muchas horas esperando que nos dijeran cómo estaba mi padre [...], estábamos muy preocupados porque no sabíamos qué ocurría”.

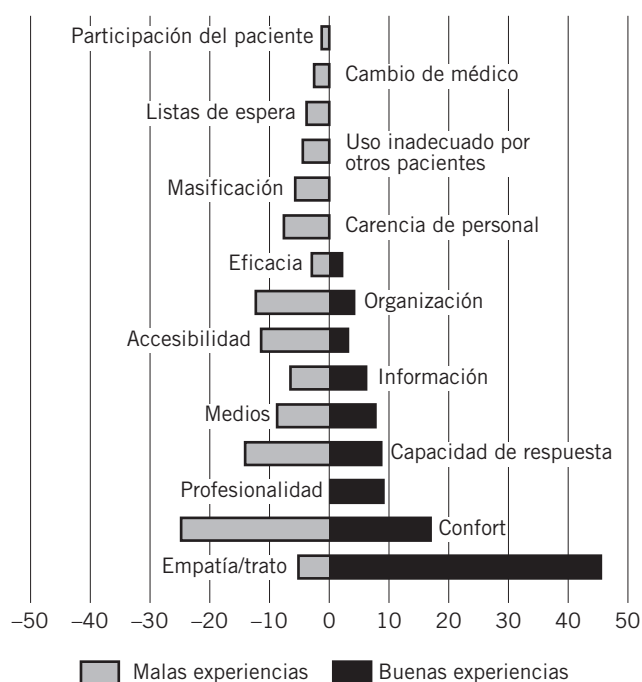
En la figura 1 se recogen las ideas que se repitieron (coincidencia), por los asistentes a grupos de trabajo diferentes. Trato, confort, capacidad de respuesta y profesionalidad constituyen las razones que con más frecuencia se han argumentado para sentirse satisfechos y reconocer experiencias positivas en los distintos dispositivos asistenciales. Por el contrario, condiciones de confortabilidad, capacidad de respuesta, accesibilidad y problemas de índole organizativa son las razones más frecuentemente comentadas como origen de experiencias negativas.

Cabe destacar que la frecuencia con que los participantes han citado experiencias positivas ha sido superior a la frecuencia con que se han citado experiencias negativas (fig. 1).

Discusión

Aunque no son muy numerosos los estudios que ahondan en qué aspectos de la asistencia sanitaria son los más valorados y criticados por los pacientes, existe un cierto nivel de consenso a la hora de afirmar que los aspectos más importantes, desde esta perspectiva, son¹⁰: la accesibilidad (incluyendo el coste), la competencia profesional (técnica y humana), el resultado de la atención prestada, la garantía de dicha atención, la

Figura 1. Coincidencia (datos en porcentajes).



continuidad de los cuidados entre distintos profesionales y niveles asistenciales, la empatía, el confort, la capacidad de respuesta y las posibilidades de elección e información. No obstante, parece aconsejable identificar si existen elementos particulares entre colectivos de pacientes diferentes.

Los resultados que se aportan ofrecen información en dos planos. Por un lado, un plano global sobre la atención sanitaria y, por otro, de cada especialidad, al obtener información muy específica y puntual de los pacientes de diferentes servicios médicos que puede ayudar a rediseñar los procesos de atención para incrementar el nivel de satisfacción en el futuro. Es, por tanto, un enfoque metodológico que aporta gran riqueza de matices y que posibilita adelantarse a futuras situaciones “problemáticas”. No obstante, el objetivo del trabajo se ha centrado en el primero de los supuestos, ya que se trataba de identificar exclusivamente cómo introducir “buenas prácticas” con las que incrementar la satisfacción de los ciudadanos, al tiempo que se identifican qué aspectos son los que más valoran y llaman su atención. No obstante, es obvio que trabajos como éste facilitan información útil para aquellas organizaciones sanitarias inmersas en sistemas de gestión por procesos, en cuyo caso pueden obtener información válida para definir estándares de calidad que satisfagan los requisitos del cliente.

Hay que destacar, como apunta Caminal²⁷, que las posibilidades de este tipo de enfoque son muy variadas, permitiendo establecer acciones de *benchmarking*, identificar áreas de mejora de una forma sencilla y práctica, o servir para implicar a los propios ciudadanos en la mejora de los servicios de salud, entre otras posibilidades.

En este caso concreto se han identificado como aspectos sustantivos de la atención sanitaria, especialmente valorados por el conjunto de los pacientes invitados a formar parte de los grupos de trabajo, los siguientes: trato humano y personalizado, empatía de los profesionales, capacidad de respuesta, calidad de la información que facilita el personal sanitario y confortabilidad de las instalaciones, que aparece como una dimensión de gran importancia para los pacientes. Competencia profesional y resultado final de las intervenciones médicas son aspectos que también se consideran importantes, aunque aparecen en un segundo lugar, probablemente porque son aspectos que se dan como asegurados por una gran parte de los pacientes, razón por la que probablemente se les dedica menos atención. Este aspecto, asociado a “calidad no reconocida”, resulta especialmente incómodo para los profesionales que se esfuerzan por obtener los mejores resultados.

Hay que destacar que existen aspectos de carácter específico según el tipo de pacientes. Así, por ejemplo, la limpieza de las instalaciones ha sido sobreponderada en el caso de los grupos de trabajo sobre obstetricia y pediatría. Además, en el primer caso se consideraron factores importantes el hecho de estar acompañada durante el parto y que se les pueda administrar anestesia epidural, con profesionales especialistas, durante el parto si ésta fuese su elección y, en el segundo, que los niños de diferente gravedad en su patología no compartan habitación, la oferta de actividades lúdicas, la existencia de mobiliario adaptado a los niños o las facilidades de aseo para los propios padres.

Por otra parte, la atención rápida en caso de urgencia (en positivo) y la ansiedad que experimenta el familiar al no tener

información de qué pasa con el paciente atendido en urgencias (en negativo) son los aspectos específicos más llamativos; mientras que el tiempo que se dedica al paciente durante la consulta es un aspecto destacado en atención primaria y consultas externas, así como los cambios de profesional y las listas de espera para ser visto por un especialista. El hecho de que la accesibilidad para obtener cita resulte complicado (principalmente por las dificultades para establecer contacto telefónico) es también otro de los aspectos específicos que se han destacado.

Este tipo de datos, por otro lado, podría resultar útil para los diferentes servicios de salud (incluido el INSALUD) que se han embarcado en actuaciones en distintos ámbitos con el propósito de incrementar la satisfacción de los pacientes atendidos en centros hospitalarios y de atención primaria. Éste es el caso, por ejemplo, del Plan de Humanización de la Conselleria de Sanitat de la Generalitat Valenciana²⁸, que establece estándares de calidad para diferentes prestaciones sanitarias (desde la atención a la mujer embarazada hasta los servicios pediátricos, las urgencias hospitalarias o las consultas externas) que son acordes con estos resultados.

Existen otras cuestiones sobre las que las opiniones de los pacientes son contradictorias. El caso más llamativo es el referido a las visitas. Mientras que se ponderan la intimidad, el silencio y la tranquilidad, y se critica a los acompañantes ruidosos y la falta de control en el respeto de los horarios y número de las visitas, se considera también positivo que no existan demasiadas normas respecto de los horarios de acceso a los centros.

Hay que subrayar que los datos indican que las que podemos considerar experiencias positivas descritas por los pacientes han resultado, en términos de frecuencia, más numerosas que las experiencias negativas que recordaron. El hecho de que el trato que dispensa el personal haya sido el factor de experiencias positivas más citado habla en favor de la capacidad del personal sanitario para relacionarse con el paciente. Por otro lado, ha sorprendido en cierta medida que la causa más citada de experiencias negativas se relacione con aspectos del confort de las instalaciones, lo que invita a reflexionar sobre este punto para intentar mejorar dichas condiciones.

Al igual que con otros estudios de tipo cualitativo, existen determinadas limitaciones que podrían condicionar la generalización de estos resultados^{29,30}. En primer lugar, la selección “semiforzada” de los sujetos, ya que no se realizó una selección estratificada por edades, sexo u otras condiciones, y tampoco se garantizó que todos los pacientes tuvieran la misma probabilidad de ser invitados a participar. Aunque ésta es una de las limitaciones de los estudios de corte cualitativo, hay que subrayar que se trata también de una de sus ventajas, ya que lo que se pretende es, sencillamente, aproximarse a distintas “sensibilidades” y formas de percibir cómo se produce la asistencia sanitaria. En segundo lugar, que los debates de los grupos se orientaran hacia unos temas en detrimento de otros y que, por tanto, el resultado final estuviera sesgado. Por esta razón se combinaron las técnicas de grupo nominal y focal, se “trianguló” trabajando con grupos independientes y se contó con profesionales expertos en la aplicación de las técnicas. No obstante, a pesar de las precauciones, dicha posibilidad podría haberse producido insospechadamente. En tercer lugar, que acudieran

únicamente aquellos pacientes más satisfechos o más insatisfechos con la asistencia recibida y que, por tanto, tenían "cosas que decir". Aunque esto es posible, hay que considerar que, para los objetivos que se perseguían, este hecho no resulta del todo negativo, aunque ciertamente supone una limitación a considerar. En cuarto lugar, que las temáticas abordadas sólo afecten a los centros asistenciales donde fueron atendidos los pacientes. Aunque pudiera ser cierto para algunas de las cuestiones apuntadas, la categorización que se ha realizado de la información aportada debería bastar para superar esta dificultad.

En los últimos años se ha venido hablando de "orientación hacia el cliente" para referirse a que los procesos asistenciales deben compartir estos dos objetivos: primero, que evaluación y tratamiento son acordes a la evidencia o, al menos, apropiados para alcanzar un mínimo nivel de efectividad, y segundo, satisfacer las necesidades de los pacientes, con garantías de seguridad, tras un proceso de consentimiento informado y, por tanto, respetando sus derechos y preferencias personales, o compartiendo con sus allegados la toma de decisiones cuando proceda. No obstante, hacen falta datos que posibiliten afianzar este segundo objetivo, introduciendo cambios significativos en la forma de diseñar los procesos asistenciales²⁷. Los trabajos como el que aquí se presenta pueden ayudar a identificar esos aspectos importantes para los pacientes a fin de asegurarlos, al tiempo que permiten reflexionar sobre la práctica clínica con el propósito de mejorarla.

Agradecimientos

Además de reconocer la colaboración de todos los pacientes y familiares que, voluntaria y desinteresadamente, han participado en este estudio, deseamos reconocer el extraordinario papel de muchos profesionales del sector sin cuyo concurso no habría sido posible llevar a cabo este estudio. Deseamos destacar el papel de: Begoña Montoliu, Lloes García, Javier Rodrigo, Carlos Van-der Hofstad, Gilberto Llinás, Mar Maciá, Inmaculada Blaya, María José Martínez, Pilar Martínez, Mercedes Expósito, M.^a Dolores Llobregat, M.^a Ángeles Mengual, M.^a José Pacheco, M.^a José Barceló, M.^a Dolors Marcos, Josefina Cantó, Amparo Bas, Ana Barber, Araceli Martín, Alicia Vidal y Encarna Mateo.

Bibliografía

- Goldberg MC. A new imperative for listening to patients. *JONA* 1994;24:11-2.
- Reisdorfer JT. Building a patient-focused care unit. *Nurs Manag* 1996;27:42-4.
- Mira JJ. La gestión de la calidad orientada hacia el cliente. En: Aranaz J, Vitaller J, editores. *La calidad: un objetivo de la asistencia, una necesidad de la gestión sanitaria*. Valencia: IVESP, Generalitat Valenciana, 1999.
- Joint Commission. *Estándares de acreditación de hospitales*. Barcelona: E. FAD, 1997.
- European Foundation for Quality Management. *European Excellence Model*. Brussels, 2000. Disponible en: <http://www.efqm.org>
- Disponible en: <http://www.fundibeq.org>
- AENOR. ISO 9000. Guía y comentarios. 3.^a ed. Madrid: AENOR, 2001.
- Lorenzo S, Arcelay A, Bacigalupe M, Mira JJ, Palacio F, Ignacio E, et al. Autoevaluación de centros sanitarios utilizando como referencia el Modelo de Excelencia de la EFQM. Madrid: MSD 2001.
- Mira JJ, Lorenzo S, Rodríguez-Marín J, Aranaz J, Sitges E. La aplicación del modelo europeo de gestión de la calidad total al sector sanitario: ventajas y limitaciones. *Rev Calidad Asistencial* 1998;13:92-7.
- Mira JJ, Aranaz J. La satisfacción del paciente como una medida del resultado de la atención sanitaria. *Med Clin (Barc)* 2000;114(Supl 3):26-33.
- Hall J, Dornan M. Meta-analysis of satisfaction with medical care: description of research domain and analysis of overall satisfaction levels. *Soc Scie Med* 1988;27:637-44.
- Hall J, Dornan M. What patients like about their medical care and how often they are asked: a meta-analysis of the satisfaction literature. *Soc Scie Med* 1988;27:935-9.
- Ware J, Snyder M. Dimensions of patient attitudes regarding doctors and medical care services. *Med Care* 1975;13:669-82.
- Lewis JR. Patient views on quality care in general practice: literature review. *Soc Scie Med* 1994;39:655-70.
- McKinley RK, Manku-Scott T, Hastings AM, French DP, Baker R. Reliability and validity of a new measure of patient satisfaction without of ours primary medical care in the United Kingdom: development of a patient questionnaire. *BMJ* 1997;314:193-8.
- Nelson EC, Hoys RD, Larson C, Batalden PB. The patient judgments system: reliability and validity. *QRB* 1989;15:185-91.
- Nathorst-Böös J, Munck IME, Eckerlund I, Ekfeldt-Sanberg C. An evaluation of the QSP and the QPP: two methods for measuring patient satisfaction. *Int J Quality Health Care* 2001;13:257-64.
- Mira JJ, Rodríguez-Marín J, Tirado S, Sitges E. Semejanzas y diferencias entre satisfacción y calidad percibida. *Rev Calidad Asistencial* 2000;15:36-42.
- Parasuraman A, Zeithaml V, Berry L. SERVQUAL: a multiple-item scale for measuring consumer perceptions of service quality. *J Retailing* 1988;64:12-40.
- Bowers MR, Swan JE, Koehler WF. What attributes determine quality and satisfaction with health care delivery? *Health Care Manage Rev* 1994;19:49-55.
- Jun M, Peterson RT, Zsidisin GA. The identification and measurement of quality dimensions in health care: focus group interview results. *Health Care Manage Rev* 1998;23:81-96.
- Mira JJ, Aranaz J, Rodríguez-Marín J, Buil JA, Castell M, Vitaller J. SERVQHOS: un cuestionario para evaluar la calidad percibida de la asistencia hospitalaria. *Medicina Preventiva* 1998;4:12-8.
- Gea MT, Hernán M, Jiménez-Martín J, Cabrera A. Opinión de lo usuarios sobre la calidad del Servicio de Urgencias del Centro Médico-Quirúrgico del Hospital Virgen de las Nieves. *Rev Calidad Asistencial* 2001;16:37-44.

24. Maderuelo JA, Carriedo E, Serrano M, Almaraz A, Berjón AC. Factores de insatisfacción con el sistema sanitario. Un estudio Delphi. *Aten Primaria* 1996;31:348-52.
25. Centro de Investigaciones Sociológicas. Barómetro Sanitario 1999. Tercera oleada. CIS estudio 2371. Madrid, 1999.
26. Mira JJ, Galdón M, Ignacio García E, Velasco MV, García S, Vítaller 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.
27. Caminal J. La medida de la satisfacción: un instrumento de participación de la población en la mejora de la calidad de los servicios sanitarios. *Rev Calidad Asistencial* 2001; 16:276-9.
28. Generalitat Valenciana. Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria. Valencia: Consellería de Sanidad, 2000.
29. Peiró S, Portella E. El grupo nominal en el entorno sanitario. *Quaderns 1 de Salut Pública i Administració de Serveis de Salut*, 1994.
30. Zafra T. Investigación cualitativa y cuantitativa. Participación e intervención comunitaria. En: Gil V, Merino J, Orozco D, Quirce F, editores. *Manual de metodología de trabajo en atención primaria*. Madrid: Merck Sharp & Dohme, 1977.