

Monitorización de la calidad percibida tras la implantación de una vía clínica

Francisco Javier Gracia-San Román^a, Raquel Valencia-Martín^a, Olga Monteagudo-Piqueras^a, Pilar Alonso-Vigil^a, Jesús Díez-Sebastián^a, Juan García-Caballero^a y Carlos Nuñez-Mora^b

^aUnidad de Calidad Asistencial. Servicio de Medicina Preventiva. Hospital Universitario La Paz. Madrid.

^bServicio de Urología. Hospital Universitario La Paz. Madrid. España.

Correspondencia: Francisco Javier Gracia San Román.
Servicio de Medicina Preventiva. Planta baja Hospital Maternal.
Hospital Universitario La Paz.
Paseo de la Castellana, 261. 28046 Madrid. España.
Correo electrónico: javiergraciasr@terra.es

Resumen

Objetivo: Detectar aquellos aspectos susceptibles de mejora en la vía clínica de prostatectomía radical realizando un seguimiento de la calidad percibida por los enfermos.

Material y método: A través de una encuesta de satisfacción se analizó la calidad percibida por los enfermos incluidos en vía clínica de prostatectomía radical durante los años 2001 y 2002. Se exploran hostelería, información, atención y resultados de la atención sanitaria, mediante 13 parejas de ítems que valoran percepciones y expectativas de los enfermos, en una escala de 1 a 10. Se recogieron sugerencias de los enfermos a través de dos preguntas abiertas. Se comprobó el grado de ajuste entre las expectativas iniciales y lo finalmente percibido construyendo índices de satisfacción (razón percepciones/expectativas), y se fijó como estándar aceptable un 90%. La encuesta fue autoadministrada antes del alta del paciente, y se garantizó el anonimato.

Resultados: La cobertura de la encuesta fue del 65% en 2001 y del 76,5% en 2002. Los dibujos informativos fueron valorados con 9 puntos. Tanto en la información del proceso como en el trato recibido por enfermería, el índice de satisfacción supera el 90% en el 80% de los pacientes en los años 2001 y 2002. En la mejoría del dolor tras cirugía y el respeto al descanso, el porcentaje de enfermos con índice de satisfacción $\geq 90\%$ fue bajo (50 y 55,6%, respectivamente, en el año 2002). En la satisfacción global, tanto el grado de recomendación del servicio como el ajuste recibido/esperado obtuvieron de 7 a 10 puntos en más del 90% de pacientes, y no se encontraron diferencias significativas entre el 2001 y el 2002.

Conclusiones: De manera particular, se observa un profundo interés de los enfermos en recibir información sobre su proceso asistencial, así como también se detecta la necesidad de medir y controlar la mejoría del dolor posquirúrgico. Sin embargo, globalmente vemos que los enfermos abstraen las deficiencias y califican alto el ajuste de sus expectativas. El seguimiento de la calidad percibida como parte del proceso asistencial supone un enfoque necesario hacia la mejora continua.

Palabras clave: Encuesta. Proceso. Calidad percibida. Vía clínica. Mejora continua.

Introducción

Una de las estrategias de evaluación de la calidad asistencial más aceptadas es la propuesta por Avedis Donabedian¹, basada en desagregar el acto asistencial en estructura, proceso y resultado.

Abstract

Objective: To detect features in the clinical pathway for radical prostatectomy that could be improved by monitoring patient-perceived quality of healthcare.

Material and method: We analyzed the quality perceived by patients included in the radical prostatectomy clinical pathway between 2001 and 2002 using a patient satisfaction survey. We evaluated non-medical support services, information, patient care and results, using 13 paired items exploring patients' perceptions and expectations on a scale from 1 to 10. Suggestions for improvement were collected through two open questions. The index between patients' initial expectations and their final perceptions was evaluated through a satisfaction ratio (perceptions/expectations), taking 90% as an acceptable standard. The questionnaire was self-administered before discharge and anonymous.

Results: Survey coverage was 65% in 2001 and 76.5% in 2002. The informative pictures scored 9 points. Information about the healthcare process and nursing care showed a satisfaction ratio of more than 90% in 80% of the patients in both years. Concerning pain improvement after surgery and respect for rest time, the percentage of patients with a satisfaction ratio of more than 90% was low (50% and 55.6% of patients respectively in 2002). Regarding overall satisfaction, both satisfaction with the Urology Service and the ratio between perceived and expected quality were scored from 7 to 10 points by more than 90% of patients, with no statistical differences between 2001 and 2002.

Conclusions: Patients showed great interest in receiving information about the healthcare process. A need to measure and control post-surgical pain improvement was observed. However, in general patients tended to consider deficiencies separately and were highly satisfied with the process as a whole. Monitoring perceived quality as a part of the healthcare process is required for continuous improvement.

Key words: Survey. Process. Perceived quality. Clinical pathway. Continuous improvement.

Dentro de los indicadores de la calidad que miden resultados se incluye la satisfacción de los enfermos con la atención recibida². Se trata de un indicador de gran relevancia debido al nuevo papel conferido al ciudadano como eje del sistema sanitario y por el hecho de que la satisfacción del paciente o "calidad percibida" se considera una dimensión de

la calidad asistencial³. De hecho, a la hora de organizar la atención sanitaria deben tenerse en cuenta la opinión y las expectativas de los ciudadanos. Según Deming, “una organización sólo alcanzará el éxito a medio plazo si es capaz de comprender y mejorar continuamente su capacidad de satisfacer y superar las necesidades y expectativas de sus clientes”; he aquí, por tanto, una oportunidad para la mejora continua⁴.

La calidad de la atención sanitaria es el resultado de comparar lo que se espera recibir en la atención sanitaria y las percepciones que generan las actuaciones llevadas a cabo. Si las percepciones superan las expectativas de los enfermos, la atención será considerada excelente; si sólo las iguala, se considerará adecuada, y si no llega a cubrirlas será considerada como deficiente⁵. Así, satisfacción se puede definir como “el grado en que la atención sanitaria y el estado de salud resultante se adecuan a las expectativas del paciente”.

La búsqueda de la satisfacción del enfermo a través de la prestación de servicios de calidad también se justifica desde el punto de vista ético (principio de beneficencia y de autonomía)³.

Para conocer la satisfacción del usuario disponemos de herramientas como las encuestas, que exploran diversos componentes de la satisfacción. En nuestro hospital, todos los pacientes incluidos en vías clínicas son sometidos a una encuesta de satisfacción como un elemento más para valorar la adecuación de las atenciones prestadas, y en nuestro estudio los componentes de la satisfacción valorados han sido la hostelería, la información y los resultados de la atención sanitaria.

El objetivo principal de nuestro trabajo ha sido medir la calidad percibida por los enfermos en vía clínica de prostatectomía durante los años 2001 y 2002 a través de los resultados de la encuesta:

- Cobertura de la encuesta.
- Estancia hospitalaria comparada con la estancia prefijada en la vía clínica.
- Satisfacción con diferentes aspectos (tiempo de ingreso, información, trato, atención sanitaria, hostelería y satisfacción global) y sugerencias de mejora aportadas.

Material y método

Se analizó la encuesta de satisfacción de la vía clínica de prostatectomía radical implantada en el Servicio de Urología del Hospital La Paz. El período analizado fueron los años 2001 y 2002.

La recogida de datos se realizó mediante una encuesta de satisfacción que a través de 13 parejas de ítems explora las percepciones y expectativas de los enfermos con relación a aspectos de la atención recibida en el hospital. Cada respuesta era valorada por el paciente en una escala del 1 al 10, donde el 1 representa el nivel inferior y el 10 el nivel máximo. Las variables incluidas en el estudio hacen referencia a:

1. Cobertura de la encuesta: pacientes que han cumplimentado la encuesta en relación con los pacientes incluidos en la vía. Se consideró como nivel mínimo aceptable una cobertura del 50%, y el estándar deseado es del 70%^{3,6}.

2. Estancia (fecha de ingreso, fecha de alta).

3. Componentes de la satisfacción:

a) Tiempo de ingreso (duración, tiempo necesario para la atención).

b) Información recibida (conocimiento del nombre del personal que atiende, dibujos informativos, información sobre la enfermedad).

c) Trato recibido por enfermería.

d) Atención sanitaria (mejoría del dolor tras la intervención).

e) Hostelería (tiempo de visitas, descanso en planta, comodidad de la habitación, limpieza de la habitación, calidad y cantidad de comida).

f) Satisfacción global (grado de recomendación que haría a un familiar del servicio, grado de ajuste de la atención recibida a lo esperado).

4. Opiniones y sugerencias de los enfermos a través de dos preguntas abiertas (“lo que más y menos gustó al paciente” y “sugerencias”).

La encuesta fue autoadministrada antes del alta del paciente, y se garantizó el anonimato (anexo).

Para conocer el grado de satisfacción con los diferentes aspectos recogidos se realizó un análisis descriptivo (media y desviación típica) de valores observados y esperados, y la escala de puntuaciones se consideró del siguiente modo: de 1 a 4 (nada satisfecho); de 5 a 6 (poco satisfecho) y de 7 a 10 (satisfecho).

Se fijó el estándar de satisfacción, para las percepciones, en el 90% (el 90% de los enfermos debe calificar sus percepciones con una puntuación de 7 o más)⁷.

Se utilizó el test exacto de Fisher para comparar los porcentajes de cobertura y de enfermos satisfechos con los diferentes aspectos entre los años 2001 y 2002. Para comparar la estancia media entre ambos años se utilizó el test de la t de Student para muestras independientes; el test de comparación de medias U de Mann-Whitney para muestras independientes se utilizó para comparar las medias de lo percibido y lo esperado entre ambos años; el test de Wilcoxon para muestras pareadas se utilizó para comprobar si las diferencias observadas entre lo percibido y lo esperado en cada ítem eran significativas. Se realizó un análisis cualitativo agrupando las sugerencias hechas por los enfermos.

Para comprobar el grado de ajuste entre lo finalmente percibido y las expectativas iniciales del paciente, construimos índices sintéticos de percepción de calidad del servicio (mediante la razón entre las percepciones y las expectativas de los enfermos)³ para cada uno de los ítems y un indicador de satisfacción global. Un resultado del 100% en el indicador de satisfacción implica un ajuste total entre lo esperado y lo percibido, fijándose como están-

Anexo. Encuesta de satisfacción del enfermo (o familiar)

Vía clínica: Prostatectomía radical
Servicio de Urología. Dr. J. de la Peña Barthel

Fecha ingreso __/__/__

Fecha alta __/__/__

Fecha actual __/__/__

Nos gustaría que nos dedicase unos minutos y contestase a las siguientes cuestiones. Por favor, recuerde que se le preguntan dos aspectos de cada tema: "Lo que ha recibido" y "Lo que desearía recibir".

Marque con una X lo que proceda: 1: nivel más bajo, no, lo peor; 10: nivel más alto, sí, lo mejor

¿Conoce el nombre del médico que le atiende?	Sí					No				
¿Conoce el nombre de la enfermera que le cuida?	Sí					No				
¿Qué valor le da usted a conocer el nombre del médico que le atiende?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
¿Qué valor le da usted a conocer el nombre de la enfermera que le cuida?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
¿Le enseñaron y explicaron los dibujos informativos de su estancia en el hospital?	Sí					No				
¿Cómo valora usted que se le informe así de las atenciones que va a recibir?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
El tiempo de ingreso le ha parecido...	Muy escaso		Escaso		Correcto		Excesivo		Muy excesivo	
¿Qué valor le da usted a que el tiempo necesario para su atención sea el correcto?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
¿En qué grado cree que le informaron sobre su enfermedad?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
¿Qué importancia le da usted a estar informado de su enfermedad?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
¿Qué mejoría del dolor ha tenido tras la intervención quirúrgica?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
¿Qué importancia le da usted al alivio del dolor?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
¿Cómo piensa que le atendieron las enfermeras?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
¿Qué valor le da usted a que los cuidados de la enfermería sean correctos?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
¿Se ajustó el tiempo de visitas de familiares y amigos a lo esperado?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
El tiempo de visitas le pareció...	Muy escaso		Escaso		Correcto		Excesivo		Muy excesivo	
¿Qué importancia le da usted a tener visitas en el hospital?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
¿Qué le pareció su descanso en la planta en la que estuvo ingresado?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
¿Qué importancia le da usted a respetar el descanso de los enfermos en la planta?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
¿Qué opina sobre la comodidad de la habitación en la que estuvo?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
¿Qué valor le da usted a la comodidad y confort de la habitación?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
¿Qué le pareció la limpieza de la habitación donde estuvo?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
¿Qué importancia le da usted a la limpieza de la habitación?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
¿Qué le pareció la comida?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
¿Qué importancia le da usted a la calidad y a la cantidad de la comida?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
¿En qué grado recomendaría a un familiar este Servicio de Urología?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
¿En qué grado se ha ajustado la atención recibida a lo que usted esperaba?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Estamos interesados en utilizar sus opiniones para mejorar nuestro trabajo. Por favor, díganos:

Lo que más le ha gustado:

Lo que menos le ha gustado:

Sugerencia:

Muchas gracias por su colaboración

Hospital "La Paz"

dar aceptable de satisfacción el 90% (un desajuste del 10% entre lo recibido frente a lo esperado)². Cuando el valor obtenido para el indicador supera el 100%, se considera excelente.

Se considera estadísticamente significativo un valor bilateral de $p < 0,05$. El análisis de los datos se realizó con la ayuda del paquete estadístico SPSS vs 9.0.

Resultados

Cobertura de la encuesta

El año 2002 la cobertura fue del 76,5% (de 85 pacientes incluidos en la vía clínica había 65 encuestas cumplimentadas), superior al estándar (70%) y superior a la del año 2001 (65%; de 100 pacientes contestaron 65), y la diferencia entre el 2001 y el 2002 no fue significativa ($p = 0,107$).

Estancia

– Año 2001. La estancia media fue de 5,33 días (desviación estándar [DE], 4,68). El 87,8% (43/49) de los pacientes tuvo una estancia menor o igual a 5 días, y la estancia fijada en la vía era de 5 días.

– Año 2002. La estancia media fue de 5,4 días (DE, 4,42). El 84,4% (38/45) de los pacientes tuvo una estancia inferior o igual a 5 días.

– Año 2001-2002. No se encontraron diferencias significativas en la estancia media ($p = 0,93$).

Grado de satisfacción con los diferentes aspectos y sugerencias de mejora aportadas

Tiempo de ingreso

– Año 2001. La “duración del ingreso” fue considerada “correcta” por el 78,3% (47/60) de los pacientes; “escasa” por el 18,4% de los pacientes, y “excesiva” por el 3,3% restante. El valor medio que dieron a que el tiempo de ingreso para su atención fuera el necesario fue de 8,9 (DE, 1,69).

– Año 2002. La duración del ingreso fue considerada “correcta” por el 82,3% (51/62) de los pacientes, “escasa” por el 14,5%, y “excesiva” por el 3,2% restante. El valor medio que dieron a que el tiempo de ingreso para su atención fuera el necesario fue de 8,5 (DE, 1,8).

– Año 2001-2002. No se encontraron diferencias significativas ni en la consideración como “correcto” del tiempo de ingreso ni en cómo valoran dicho tiempo entre ambos años.

Información

• Conocimiento del nombre del personal que atiende al enfermo:

– Año 2001. El 65,6% de los pacientes conocía el nombre del médico responsable, y este aspecto fue valorado con una media de 8,6 (DE, 1,9), mientras que el nombre del per-

sonal de enfermería era conocido por el 54,8% de los pacientes, aspecto valorado con una media de 8,4 (DE, 2,21). No se encontraron diferencias significativas entre el porcentaje de pacientes que conoce el nombre del médico y de la enfermera ($p = 0,29$), ni en el valor que se da a este aspecto ($p = 0,2$).

– Año 2002. El 68,8% de los pacientes conocía el nombre del médico, hecho valorado con una puntuación media de 8,4 (DE, 1,9), mientras que el nombre del personal de enfermería era conocido por el 48,4% de los pacientes, lo que era valorado con una media de 7,85 puntos (DE, 2,23). Existen diferencias significativas en cuanto al conocimiento del nombre del médico y de la enfermera ($p = 0,03$) y en cuanto al valor que se le da ($p = 0,004$).

• Dibujos informativos del proceso:

– Año 2001. Al 87,3% de los pacientes les habían mostrado los dibujos acerca de las atenciones que iban a recibir durante su estancia, valorándolo con una media de 9,07 (DE, 1,3).

– Año 2002. Al 73,8% de enfermos les enseñaron los dibujos, hecho valorado con una puntuación media de 9 (DE, 1,7).

• Información acerca de su enfermedad: se explora en qué grado les informaron (lo “observado”) y las expectativas que tenían (lo “esperado”):

– Año 2001. En lo percibido la media fue de 9,0 (DE, 1,4), con 90,6% de pacientes que puntuaron de 7 a 10 (satisfechos); en lo esperado, la media fue de 9,4 (DE, 1,7), con 92,3% de pacientes que puntuaron de 7 a 10.

– Año 2002. En lo percibido la media fue de 8,86 (DE, 1,7), con 89% de pacientes satisfechos; en lo esperado, la media fue de 9,6 (DE, 0,7), con 100% de pacientes que puntuaron de 7 a 10.

– Año 2001-2002. No se encontraron diferencias significativas entre el 2001 y el 2002 en ninguna de las respuestas a cuestiones que exploran la información.

Trato recibido, por enfermería, mejoría del dolor tras la intervención (atención sanitaria) y hostelería

En la tabla 1 podemos ver las puntuaciones medias con sus desviaciones estándar de lo percibido y lo esperado (valorado por el enfermo a ese aspecto en cuestión) y el porcentaje de pacientes que puntuaron de 7 a 10 tanto en lo percibido como en lo esperado en cada aspecto. En la evolución del trato recibido por enfermería, mejoría del dolor y hostelería 2001-2002 no se han encontrado diferencias significativas entre ambos años en ninguno de los tres aspectos, salvo en la valoración media de la importancia de tener visitas ($p = 0,005$).

En la figura 1 se aprecian discrepancias sobre todo en las preguntas que hacen referencia a mejoría del dolor, descanso en planta y limpieza de la habitación. Para cuantificar cómo de importantes son estas diferencias hemos realizado un test de comparación de medias pareadas (test de Wilcoxon). En la tabla 2 se observa que lo esperado es siempre mayor que lo recibido, y ello de manera significati-

Tabla 1. Puntuaciones medias con su desviación estándar y porcentaje de pacientes que puntúan de 7 a 10 las percepciones y expectativas sobre el trato recibido por enfermería, mejoría del dolor y hostelería

		Observado		Esperado	
		Media (DE)	%	Media (DE)	%
Trato recibido por enfermería	2001	9,1 (1,69)	90,8	9,5 (1,29)	95,5
	2002	8,9 (1,72)	90,6	9,6 (0,87)	98,4
Mejoría del dolor tras la intervención	2001	8,3 (2,01)	86%	9,4 (1,37)	94,6
	2002	7,4 (2,57)	70%	9,2 (1,57)	91,9
Hostelería					
Recibir visitas en el hospital y su duración	2001	9,0 ^a (1,51)	93,9%	8,6 (1,90)	85,2%
	2002	8,6 ^a (1,77)	81,8%	7,7 (2,17)	66,1%
Descanso en la planta de ingreso	2001	8,5 (1,95)	82,7%	9,4 (1,35)	95,2%
	2002	8,1 (1,92)	79,4%	9,3 (1,18)	94,2%
Confort de la habitación	2001	8,4 (1,80)	90,9%	9,0 (1,65)	95,2%
	2002	8,0 (2,04)	80,9%	8,7 (1,53)	92%
Limpieza de la habitación	2001	8,5 (1,66)	93,6%	9,4 (1,20)	96,8%
	2002	8,1 (2,24)	82,5%	9,2 (1,39)	95,3%
Cantidad y calidad de la comida recibida	2001	8,1 (1,85)	81,2%	8,8 (1,67)	87,4%
	2002	7,6 (2,31)	71,8%	8,3 (1,97)	82,2%

^aPregunta de ajuste observado/esperado del tiempo de visitas.

va, salvo para la información sobre la enfermedad en el año 2001.

Se construyeron indicadores de percepción de calidad del servicio para poner en relación lo percibido frente a lo esperado (tabla 3). En ninguno de los indicadores se logró alcanzar el estándar del 90%. Los índices que más se alejaron fueron el del descanso en la planta y el dolor posquirúrgico.

No se han encontrado diferencias significativas en la evolución de los indicadores en ambos años.

Satisfacción global

En cuanto al “grado de recomendación que haría a un familiar del servicio en el que se le ha prestado la asistencia”, la puntuación media para el año 2001 fue de 9,32

Figura 1. Puntuaciones medias de las percepciones y de las expectativas de los pacientes incluidos en la vía clínica de prostatectomía.

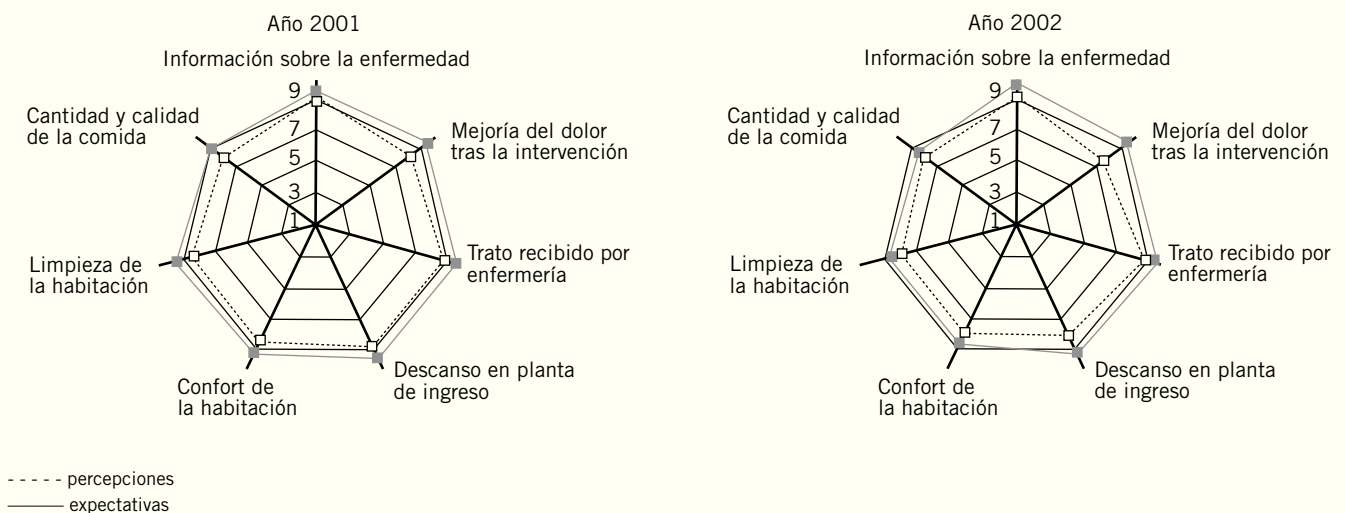


Tabla 2. Resultados del test de Wilcoxon para muestras pareadas de los pacientes incluidos en la vía clínica de prostatectomía radical

	Esperado (e) y percibido (p)	p
Información sobre la enfermedad	Año 2001: e > p	0,07
	Año 2002: e > p	0,000
Mejoría del dolor tras la intervención	Año 2001: e > p	0,000
	Año 2002: e > p	0,000
Trato recibido por enfermería	Año 2001: e > p	0,003
	Año 2002: e > p	0,001
Descanso en planta de ingreso	Año 2001: e > p	0,000
	Año 2002: e > p	0,000
Confort de la habitación	Año 2001: e > p	0,001
	Año 2002: e > p	0,007
Limpieza de la habitación	Año 2001: e > p	0,000
	Año 2002: e > p	0,000
Cantidad y calidad de comida	Año 2001: e > p	0,006
	Año 2002: e > p	0,021

(DE, 1,2), y para el año 2002, de 8,9 (DE, 1,69). En cuanto al "grado de ajuste de la atención recibida a lo esperado", se obtuvo una puntuación media para el año 2001 de 9,3 (DE, 1,2), y para el año 2002, de 8,9 (DE, 1,5). En la figura 2 se observa que se ha superado el estándar fijado para las puntuaciones (90%). No se han encontrado dife-

rencias significativas en ninguno de los dos ítems entre ambos años.

Preguntas abiertas

En la pregunta de "lo que más y lo que menos le ha gustado" se hizo un análisis pormenorizado y se clasificaron las respuestas (tabla 4). El 27,7% de los enfermos en el 2001 y el 26,1% en el 2002 respondieron en el apartado de "sugerencias" de la encuesta. Cabe destacar, por el hecho de ser peticiones que se han repetido en ambos años, las siguientes: aire acondicionado, control de visitas y de ruidos, e higiene de habitación y baños.

Discusión

La implicación de los profesionales en la medición de la calidad percibida por los enfermos como una parte más de la evaluación de la asistencia es un hecho cada vez más frecuente. Si queremos considerar la asistencia de un modo integral y centrada en el enfermo, debemos considerar estos parámetros a la hora de evaluar la asistencia⁸. Las encuestas de satisfacción suponen una herramienta que nos ayuda a valorar las opiniones de los pacientes; en nuestro estudio, la cobertura se encuentra alrededor del estándar (70%), lo que supone un reto para seguir mejorando.

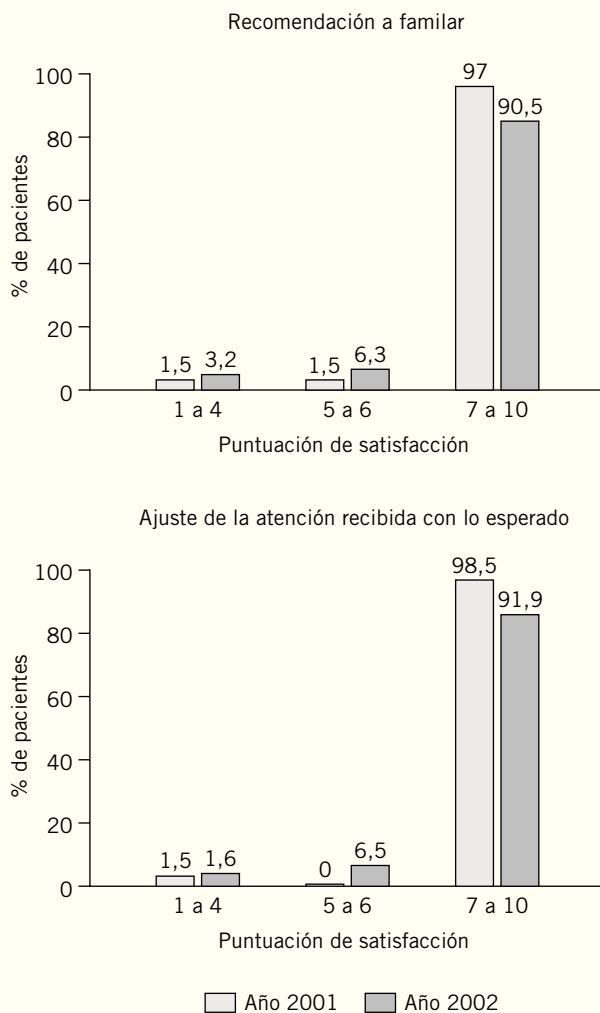
Las encuestas nos han ayudado a corroborar que se aprecia un profundo interés por parte de los enfermos en recibir información sobre su proceso y la evolución del mismo, incluyendo los diferentes procedimientos que requerirá su patología. La disminución de la incertidumbre en los pacientes

Tabla 3. Porcentaje de pacientes con sus índices de satisfacción (IS)

Indicadores (percepciones/expectativas)	Año	Inadecuado (IS < 90%)	Aceptable (IS = 90-100%)	Excelente (IS > 100%)	Pacientes con % IS ≥ 90%
<i>Estructura</i>					
Descanso en planta	2001	30,7%	66,1	3,2	69,3
	2002	44,4%	50,8	4,8	55,6
Confort de la habitación	2001	25,4%	66,6	8	74,6
	2002	24,2%	59,7	16,1	75,8
Limpieza de la habitación	2001	28,6%	68,2	3,2	71,4
	2002	36,4%	56,6	8	63,6
Cantidad y calidad de comida	2001	29,7%	60,8	9,5	70,3
	2002	34%	53,2	12,8	66
<i>Proceso</i>					
Información sobre la enfermedad	2001	22,2%	66,7	11,1	77,8
	2002	23,8%	74,6	1,6	76,2
Trato recibido por enfermería	2001	15,6%	81,3	3,1	84,4
	2002	25,4%	68,2	6,4	74,6
<i>Resultado</i>					
Mejoría del dolor tras la intervención	2001	36,7%	57,2	6,1	63,3
	2002	50%	48,3	1,7	50

IS: índice de satisfacción.

Figura 2. Satisfacción global con su atención sanitaria



a través de la información ayuda a disminuir la angustia del enfermo. Parece clave, por tanto, insistir en la comunicación profesional-enfermo, reforzando el trato personal y directo con el paciente, de tal manera que se informe al paciente de lo que puede esperar de su proceso asistencial. En este sentido hemos visto que los pacientes valoran como muy importante conocer al personal que los atiende, por lo que se debe intentar aumentar los porcentajes de enfermos que conocen al profesional responsable de su atención, mediante la adecuada presentación de todo el personal que atiende al paciente.

Cabe destacar en nuestro estudio el trato prestado por enfermería, este aspecto es uno de los mejor valorados, con más del 90% de los pacientes que dan una calificación de 7 o más puntos en ambos años. Es fundamental que mantengamos esta línea en todo proceso asistencial, puesto que la enfermería es un colectivo clave en la satisfacción de los pacientes, debido al continuo trato con el enfermo.

Tabla 4. Pregunta abierta: lo que menos le ha gustado y lo que más le ha gustado

	Año 2001 (29/65 = 44,6%)	Año 2002 (37/65 = 56,9%)
Lo que menos le ha gustado		
<i>Habitabilidad y confort</i>		
Visitas excesivas	13,8%	8,1%
Climatización (calor)	13,8%	5,4%
Ruido	6,8%	13,5% (60% de éste por la noche)
Calidad de la comida	10,3%	10,8%
Estrechez de la habitación	0%	8,1%
Cama	0%	5,4%
Limpieza de la habitación	0%	10,8%
<i>Atención recibida</i>		
Lista de espera	6,8%	0%
Información	3,4%	0%
Estancia corta	3,4%	2,7%
Estar en otra planta	3,4%	0%
Dolor	3,4%	2,7%
Sufrir reintervención	3,4%	0%
Falta personal DUE	3,4%	0%
<i>Trato recibido</i>		
Algunas enfermeras	10,3%	5,4%
Personal de limpieza	0%	2,7%
Todo el personal	3,4%	0%
Comunicación entre DUE	3,4%	0%
<i>Otros</i>		
Nada	13,8%	18,9%
Todo	0%	2,7%
No opino	3,4%	0%
Inseguridad en atención no sanitaria	0%	2,7%
Lo que más le ha gustado		
<i>Habitabilidad y confort</i>		
Estar en planta adecuada	1,8%	0%
Calidad de la comida	1,8%	0%
Ocupar una habitación	0%	1,8%
<i>Atención recibida</i>		
Atención sanitaria del equipo DUE	31,5%	40%
Enfermera y jefe médico	1,8%	0%
Evolución rápida tras cirugía	1,8%	0%
Profesionalidad	7,4%	5,5%
No sufrir en cirugía	1,8%	0%
Información	0%	7,3%
Rapidez en el diagnóstico y el tratamiento	0%	1,8%
Intervención quirúrgica	0%	1,8%
Reanimación	0%	3,6%
Recuperación	0%	1,8%
<i>Trato recibido</i>		
Trato del equipo y del personal	42,6%	36,4%
Personal de limpieza	0%	1,8%
DUE	0%	1,8%
Asistencia al acompañante	0%	1,8%
<i>Otros</i>		
Todo	9,2%	3,6%
La UCI y su personal	0%	1,8%
Nada	0%	1,8%

DUE: diplomado universitario en enfermería; UCI: unidad de cuidados intensivos.

Se ha dicho ya que lo esperado es casi siempre mayor que lo recibido (tabla 2), y ello de manera significativa. Este hecho nos hace pensar que para seguir mejorando debemos intentar con más eficiencia la búsqueda del ajuste de lo recibido con lo esperado, ya que los enfermos son cada vez más exigentes y esperan recibir más. En nuestro estudio se han visto diferencias sobre todo en las preguntas referentes al descanso, a la mejoría del dolor y a la limpieza. Es más, uno de los aspectos en los que ha habido las mayores diferencias entre los deseos y las vivencias es la consecución de la mejoría del dolor tras la cirugía. Quizá los enfermos estén poniendo de manifiesto la necesidad de medir y controlar más adecuadamente el dolor posquirúrgico, y posiblemente deban revisarse las pautas de analgesia.

En ningún aspecto de hostelería se alcanza el estándar del índice de satisfacción (tabla 3), y se da una importante oportunidad de mejora en cuanto al descanso del enfermo en planta. De hecho, en las preguntas abiertas, los enfermos ponen de manifiesto las deficiencias detectadas; en este sentido, cabe destacar las mejoras solicitadas sobre todo en la climatización, y los pacientes reflejan también la conveniencia de hacer comprender al personal y a las visitas la necesidad de un ambiente apacible (control de ruidos y visitas) y de respeto por el descanso de los enfermos, tan importante para una mejor recuperación.

En la satisfacción global (fig. 2) hemos observado cómo se ha superado el estándar fijado para las puntuaciones (90%) en ambos años. Parece, por tanto, que globalmente el enfermo abstrae las deficiencias y califica alto el ajuste con sus expectativas. Sin embargo, no debemos dejarnos llevar por una actitud conformista pensando que ya hemos alcanzado resultados óptimos, sino que hemos de adoptar una actitud prudente ante estas altas puntuaciones globales, exigiéndonos unos estándares cada vez más altos para caminar hacia la mejora continua.

Tampoco debemos olvidar que la satisfacción es una valoración subjetiva y dinámica (cambia en función del tiempo), influenciada por multitud de factores directamente relacionados con la atención sanitaria (algunos de los factores explorados) y por otros aspectos diversos⁹: las experiencias previas de cada persona o las variables sociodemográficas y culturales, que no se han recogido en esta encuesta y que suponen cierta limitación en cuanto a la interpretación de los resultados, pues podrían actuar como variables de confusión¹⁰. Sin embargo, esos otros factores que influyen en la satisfacción y que no son explorados aquí son de difícil control y no susceptibles de modificación.

Debido al tipo de cuestionario autoadministrado, puede existir sesgo de selección de muestra y falta de representatividad por exclusión de ciertos grupos de enfermos (bajo nivel cultural o de idiomas diferentes)^{9,11}. Al ser un cuestionario que se ha cumplimentado en el período de ingreso del paciente y no en su domicilio, está influenciado, por un lado, por el efecto halo o la relación de dependencia que se genera hacia el personal sanitario, y, por otro lado, puesto que la atención prestada es tan reciente, se tienden a magnificar los aspectos positivos¹². Esto nos obliga a adoptar una actitud crítica frente a las altas puntuaciones y a exigir unos estándares más elevados.

Agradecimientos

Damos las gracias al personal del Servicio de Urología del Hospital Universitario La Paz, así como a los pacientes, por la colaboración prestada a la hora de proporcionarnos la información necesaria para la realización de este trabajo. Sin ellos, no hubiera sido posible.

Bibliografía

1. Rodríguez Pérez P, García Caballero J, editores. Calidad en la atención sanitaria: conceptos teóricos y aplicaciones prácticas. Madrid: Sociedad Española de Medicina Preventiva, Higiene y Salud Pública, Sociedad Española de Calidad Asistencial, 2001.
2. Chang de la Rosa M, Alemán Lage MC, Cañizares Pérez M, Ibarra AM. Satisfacción de los pacientes con la atención médica. *Rev Cubana Med Gen Integr* 1999;15:541-7.
3. García Caballero J, Díez Sebastián J. Curso de calidad asistencial. Madrid: Hospital Universitario La Paz, Unidad de Garantía de Calidad, Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública, 1997.
4. Mira Solves JJ. Innovaciones en la satisfacción del cliente. *Rev Calidad Asistencial* 1999;14:781-4.
5. Vázquez Casielles R, Rodríguez del Bosque IA, Díaz Martín AM. Estructura multidimensional de la calidad de servicio en cadenas de supermercados: desarrollo y validación de la escala Calsuper [documento de trabajo 119/96]. Oviedo: Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales. Departamento de Estudios Económicos. Universidad de Oviedo, 1996. Disponible en: <http://www.fade.es/economia/informes/indice.html>
6. Hendriks AAJ, Vrielink MR, Smets EMA, Van Es SQ, De Haes JCJM. Improving the assessment of (in)patients' satisfaction with hospital care. *Med Care* 2001;39:270-83.
7. Coyle J, Williams B. Seeing the wood for the trees: defining the forgotten concept of patient dissatisfaction in the light of patient satisfaction research. *International Journal of Health Care Assurance Incorporating Leadership in Health Services* 1999; 12(4):i-ix.
8. 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.
9. Batchelor C, Owens DJ, Read M, Bloor M. Patient satisfaction studies: methodology, management and consumer evaluation. *International Journal of Health Care Quality Assurance* 1994; 7:22-30.
10. Caminal J, Sánchez E, Schiaffino A. El análisis por segmentos de la población insatisfecha: una propuesta para optimizar la información de las encuestas de satisfacción global. *Rev Calidad Asistencial* 2002;17(1):4-10.
11. Hudak PL, Wright JG. The characteristics of patient satisfaction measures. *Spine* 2000;25:3167-77.
12. Mira JJ, Aranaz J, Blanco MA, García E, Martínez B, Lizán M, et al. Calidad relacional y satisfacción del usuario. En: Rodríguez P, García Caballero J, editores. Calidad en la atención sanitaria: conceptos teóricos y aplicaciones prácticas. Madrid: Sociedad Española de Medicina Preventiva, Higiene y Salud Pública, Sociedad Española de Calidad Asistencial, 2001.