



Revista de Calidad Asistencial

www.elsevier.es/calasis



ORIGINAL

«Buenas prácticas» y satisfacción del paciente

V. Pérez-Jover^{a,*}, J.J. Mira^{a,b}, O. Tomás^a, C. Nebot^c y J. Rodríguez-Marín^a

^aDepartamento de Psicología de la Salud, Universidad Miguel Hernández de Elche, Elche, Alicante, España

^bCentro de Salud Hospital Plá, Unidad de Salud Sexual y Reproductiva, Alicante, España

^cDirección General de Calidad y Atención al Paciente, Valencia, España

Recibido el 12 de mayo de 2010; aceptado el 27 de mayo de 2010

Disponible en Internet el 1 de agosto de 2010

PALABRAS CLAVE

Derechos;
Buenas prácticas;
Satisfacción del
paciente

Resumen

Objetivo: La Ley de Autonomía del Paciente (LAP) debe contribuir a lograr una atención sanitaria «centrada en el paciente». En este estudio pretendemos determinar en qué medida los pacientes consideran que se está cumpliendo con derechos básicos reconocidos en la LAP (buenas prácticas) y estudiar la relación entre este cumplimiento y el nivel de satisfacción declarado por el paciente.

Material y métodos: Se entrevistó a 13.773 pacientes (el 31,7% tenía más de 60 años y el 53,6% fueron mujeres) atendidos en 21 hospitales públicos. La ocurrencia de buenas prácticas acordes a la LAP se analiza mediante estadísticos descriptivos; la relación entre buenas prácticas y satisfacción se estimó mediante regresión logística.

Resultados: La información al alta médica fue una de las prácticas más consolidadas en todas las modalidades. Su nivel de cumplimiento osciló entre el 97,4% de padres de niños mayores de 6 años atendidos en Pediatría y el 76,2% de pacientes atendidas en plantas de Obstetricia. El proceso de acogida (*odds ratio*: 3,53; IC del 95%: 1,95–6,41), el consentimiento informado (*odds ratio*: 2,77; IC del 95%: 1,40–5,47) y conocer qué tipo de profesional lo está atendiendo en cada momento (*odds ratio*: 3,36; IC del 95%: 1,96–5,78) son algunos aspectos de la atención que incrementan la probabilidad de que el paciente se declare satisfecho.

Conclusiones: El cumplimiento de los derechos de los pacientes es elevado en todas las modalidades de atención valoradas. Cuando se respetan estos derechos se incrementa la satisfacción del paciente.

© 2010 SECA. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: v.perez@umh.es (V. Pérez-Jover).

KEYWORDS

Rights;
Good practices;
Patient satisfaction

«Good practices» and patient satisfaction**Abstract**

Objective: The Patient Autonomy Act should contribute to a “patient-centred” health care. The study objectives were to determine to what extent patients believe that their basic rights under the LAP (best practices) are being met. Secondly, to study the relationship between this performance and reported patient satisfaction levels.

Materials & methods: A total of 13,773 patients were interviewed (31.7% >60 years and 53.6% women) receiving health care at 21 Spanish public hospitals. The number of “good practices” (GP) was analysed using descriptive statistics; relationship between GP and satisfaction was measured using logistic regression.

Results: The medical discharge information was one of the most established practices. The compliance level ranged from 97.4% of parents of children over 6 years in paediatric service and 76.2% of patients attending obstetric services. The welcome process (Odds Ratio 3.53, IC-95% CI; 1.95–6.41, $P<0.001$), informed consent (Odds Ratio 2.77, 95% CI; 1.40–5.47), to recognize which type of professional was providing care at all the times (Odds Ratio 3.36, 95% CI; 1.96–5.78), were the aspects that increased probability that the patient felt satisfied.

Conclusions: Compliance to patient rights was increased in all services analysed. When these rights are respected patient satisfaction increases.

© 2010 SECA. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

Tradicionalmente se vienen considerando 4 principios éticos básicos en la atención sanitaria¹: *ausencia de maleficencia* (aplicar correctamente criterios diagnósticos, terapéuticos o rehabilitadores); *beneficencia* (procurar el mayor beneficio, limitando riesgos); *justicia* (tratando a todas las personas por igual), y *autonomía* (dando la oportunidad al paciente de participar en la toma de decisiones).

En diferentes informes se ha subrayado que los ciudadanos reclaman mayor accesibilidad (más recursos, mayor agilidad en la respuesta, rápido acceso al médico responsable), esperan de los profesionales una actitud de empatía hacia ellos (trato digno, comprensión, información ajustada a sus necesidades) y quieren participar más activamente (accediendo a información sobre sus datos clínicos, tomando decisiones sobre su proceso e involucrando a la familia en las decisiones)^{2–4}.

La Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en materia de Información y Documentación Clínica⁵ (LAP) amplía los derechos básicos de los que los pacientes disfrutaban en España, refuerza el respeto al principio de autonomía y apuesta de forma decidida por una atención sanitaria más «centrada en el paciente»^{6,7}.

Cabe esperar que la LAP y los desarrollos a nivel autonómico que se han venido produciendo incidan en la transformación del modelo de relación entre pacientes y profesionales sanitarios, entre ciudadanos y el sistema de salud^{8,9}. Esta norma profundiza en temas como la información, el consentimiento (aclarando en qué contexto debe producirse y resolviendo problemas de la práctica), el derecho a la intimidad, la libertad de elección, en el acceso a la historia clínica o la figura del médico responsable de la información. Introduce novedades como las voluntades anticipadas («testamento vital»), fija los 16 años como la mayoría de edad sanitaria (excepto para prestaciones muy concretas) y da un trato preferencial al derecho a la autonomía¹⁰.

Los estudios sobre la práctica del consentimiento informado^{11–13}, sobre métodos para informar al paciente^{4,14}, sobre cómo facilitar la toma de decisiones¹⁵, sobre la elección de centro¹⁶ o sobre la solicitud de una segunda opinión^{17,18} constituyen, junto con los trabajos de análisis de las oportunidades y las dificultades de implantación de derechos básicos de los pacientes, las temáticas más estudiadas hasta la fecha. Sin embargo, no se han estudiado en qué medida las que podemos considerar como «buenas prácticas» están presentes en el día a día de las relaciones entre profesionales y pacientes.

Estudios con pacientes han puesto de manifiesto que accesibilidad, capacidad de respuesta, información al paciente y allegados, habilidades de comunicación del profesional, cuidados de enfermería, competencia profesional, cortesía y amabilidad en el trato y, evidentemente, efectividad de las intervenciones, están sobre la base de la satisfacción de los pacientes^{19,20}. Aunque cabe esperar que una práctica respetuosa con los derechos establecidos en la LAP («buenas prácticas») debe propiciar en los pacientes valoraciones positivas de las atenciones recibidas^{21,22}, no se ha estudiado de forma sistemática la intensidad de la asociación entre estas «buenas prácticas» asistenciales y la satisfacción del paciente.

En este ámbito se desenvuelve este trabajo que tiene como objetivo analizar la práctica asistencial desde el punto de vista del paciente para determinar el grado de respeto de derechos básicos, y valorar si existe relación entre este grado de cumplimiento y el nivel de satisfacción declarado por el paciente.

Material y métodos

Estudio descriptivo en el que se encuestó a un total de 13.773 pacientes tras el alta hospitalaria en 21 hospitales públicos de nuestro país en el año 2004 (meses de noviembre a diciembre). El tamaño muestral se calculó para un error

inferior al 1% (nivel de confianza del 95% en el caso más desfavorable, $p=q$ igual al 50%).

El cuestionario empleado incluyó preguntas específicas del tipo de informe de paciente para conocer su percepción acerca de la frecuencia de determinadas prácticas acordes con el reconocimiento de derechos básicos de los pacientes, definidas en este caso como «buenas prácticas». Las preguntas se adaptaron para las distintas unidades donde los pacientes habían sido atendidos: Obstetricia, Pediatría (menor de 6 años y mayor), Urgencias, Cirugía, Cirugía sin ingreso (CMA), Medicina y Consultas Externas. En total, el cuestionario utilizado incluyó 19 preguntas: 8 de modalidad de «informe del paciente» (por ejemplo: *Cuando ingresó ¿le explicaron las normas generales del hospital —horarios, visitas, derechos y deberes como paciente, etc.?—*), y 10 preguntas de escala tipo Likert (con las que se determinaba si se cumplían las expectativas del paciente respecto de: *alivio del dolor, capacidad de respuesta cuando requería algo, empatía de los profesionales y resultado de la intervención sanitaria*), y una pregunta directa para valorar el nivel de satisfacción del paciente.

El cuestionario (y las preguntas adaptadas a cada modalidad de atención) se desarrolló a partir de la información obtenida mediante grupos de discusión con pacientes atendidos en los centros participantes en el estudio. El cuestionario fue validado en un estudio previo analizando, en primer lugar, su pertinencia y, posteriormente, su grado de comprensión. En el primer caso, 28 expertos en este tipo de encuestas revisaron las preguntas. Seguidamente, la versión resultante fue examinada por 12 pacientes que comprobaron la pertinencia de sus contenidos y sugirieron cambios en el lenguaje o la forma de las preguntas, y, finalmente, fue contestada simulando el contexto real de aplicación por parte de 54 sujetos (de características similares a quienes iba dirigida la encuesta) a fin de determinar su grado de comprensión. Esta versión inicial fue contestada por 1.183 pacientes de 3 hospitales públicos a fin de analizar validez, consistencia interna y fiabilidad. Los elementos de la escala explicaban el 69% del total de la varianza; el valor alpha de Cronbach fue de 0,85 y KR de la división por mitades fue de 0,75. En este estudio, como precaución metodológica, antes del análisis de los datos se ha verificado que las preguntas fueran contestadas, al menos, por el 85% de los encuestados.

Las prácticas por las que se preguntó se referían a autonomía, accesibilidad, respeto a la persona, calidad del resultado, evitar sufrimiento innecesario y rapidez de la atención.

El cuestionario, junto con un sobre con franqueo concertado, se entregaba personalmente al paciente el día del alta o tras la atención en consulta, con el ruego de que respondiera en ese momento o al llegar a casa.

Mediante estadísticos descriptivos se analizó la frecuencia de las buenas prácticas. Los datos se muestran segmentados por modalidad de atención (Medicina, Cirugía, CMA, Obstetricia, Pediatría, Urgencias y Consultas Externas) para tener en cuenta las características diferenciales de cada conjunto de pacientes.

Mediante regresión logística se analizó la magnitud de la asociación entre la ocurrencia de «buenas prácticas» (introducidas como factores en el modelo) y el nivel de satisfacción del paciente (considerada como variable

dependiente, recategorizada en dos niveles: satisfechos vs insatisfechos). Para definir el modelo de regresión final se han realizado sucesivos análisis eliminando en cada uno aquellos factores no predictivos de la satisfacción y maximizando, de este modo, la capacidad predictiva del modelo resultante. Se ha estimado en todos los casos el porcentaje de correctas clasificaciones sobre la base de si el paciente se declaraba satisfecho. Se ha considerado que existen diferencias estadísticamente significativas cuando es $p<0,05$ para un nivel de confianza del 95%.

Resultados

La [tabla 1](#) recoge de forma resumida la composición de la muestra segmentada por edad, sexo y unidad asistencial donde se produce el alta. El perfil resultante se corresponde con las características de la población que ingresa en el hospital.

El porcentaje de pacientes que se declaran muy satisfechos o satisfechos con la atención recibida es del 66,7%. Se declara muy insatisfecho o insatisfecho con la atención sanitaria que ha recibido el 7%. El 93,1% de los encuestados recomendaría a otros pacientes el hospital donde ha sido atendido.

Autonomía

En la [tabla 2](#) se muestra el porcentaje de cumplimiento de «buenas prácticas» segmentado por modalidades de atención. Un 88,6% reconoce haber sido informado antes de las intervenciones diagnósticas o de recibir un tratamiento (consentimiento informado). El mayor cumplimiento ocurre, como cabe esperar, entre los pacientes quirúrgicos y entre los pediátricos. Subrayar que en Urgencias, contexto en el que las demandas de la prestación son claramente distintas, un 85,8% de los encuestados declaró que «sí se le informó de lo que se le iba a hacer». Por último, señalar que en el caso de la atención pediátrica el 92,28% de los padres refiere que se le informó a su hijo de las razones que aconsejaban su ingreso. El 91,6% de los pacientes encuestados afirma haber recibido informe de alta al abandonar el hospital (precauciones, qué hacer en casa, futuras consultas de revisión, etc.). En Pediatría se les informó al alta sobre qué hacer en casa en el 97,4% de los casos si se trataba de menores de más de 6 años, y en el 93,5% si se trataba de menores de 6 años. La frecuencia de esta «buena práctica» es, en cambio, menor en el caso de las pacientes atendidas en Obstetricia (76,2%).

En Obstetricia, el porcentaje de madres que declaran haber podido preguntar todo lo que deseaban saber sobre el parto y el posparto se situó en el 87%.

Adicionalmente, se determinó el valor predictivo de la asociación entre las «buenas prácticas» relacionadas con la autonomía y la satisfacción. Como se puede ver en la [tabla 3](#), estas variables fueron, por un lado, para todas las modalidades de atención, las explicaciones acerca de las pruebas o intervenciones que se les iba a realizar y la información sobre los cuidados que debían realizar en casa una vez obtenida el alta médica, y, por otro lado, particularmente en el caso de Obstetricia, el poder preguntar todo lo deseado sobre el parto y el posparto.

Tabla 1 Descripción de la muestra

	Frecuencia	Porcentaje de hombres	Porcentaje de ingresos de más de 60 años
Hospitalización	2.221	57,3	62,6
Cirugía con ingreso	2.598	51,3	42,7
CMA	1.412	47,1	33,4
Obstetricia	1.169	—	51,2*
Urgencias	1.608	47,3	27,6
Pediatria mayor 6 años	374	60,1	—
Pediatria menor 6 años	671	56,9	—
Consultas externas	3.720	42	25,6
Total	13.773	46,4	31,7

*Porcentaje de ingresos de menos de 30 años.

Tabla 2 Porcentaje en que determinadas «buenas prácticas» son reconocidas por los pacientes

	Medicina	Cirugía	Cirugía sin ingreso	Obstetricia	Pediatria (menos de 6 años)	Pediatria (más de 6 años)	Urgencias
Autonomía							
Explicaron en qué consistían pruebas o intervenciones realizadas (intervenciones solicitando consentimiento)	86,8	90,9	90,4	—	93,2	96,5	85,8
Tuvo información al alta sobre qué hacer en casa	92,7	93,9	96,3	76,2	93,5	97,4	91,9
Accesibilidad							
Explicaron normas de funcionamiento del hospital	56,1	59,4	—	44,4	57,2	66,6	—
Supo qué profesional lo atendía (médico, enfermero, celador, etc.)	72,7	78,9	—	78,7	80,9	71,4	65,6
Respeto a la persona							
Pacientes que ven superada la expectativa respecto a la empatía de los profesionales	66,1	64,9	79,3	64,1	66,8	70,4	—
Consideran que se respetó su intimidad	—	—	—	94,4	—	—	83,8
Voces, ruidos que no dejan dormir por la noche	11,6	13,5	—	12,6	14,3	12,3	—
Encuentran dificultades para el aseo personal	7,79	9,31	—	7,01	23,10	6,15	—
Calidad del resultado							
Valoración positiva o muy positiva del resultado de la intervención sanitaria	58	66,6	73,9	—	63,9	61,3	38,3
Sufrimiento							
Pacientes que ven superada la expectativa respecto al tratamiento del dolor	57,4	64,3	—	60,0	—	—	—
Rapidez de la atención							
Capacidad de respuesta, atención rápida	62,1	59,6	—	62,7	—	66,6	—

Datos en porcentaje.

—: Ítems no incluidos en la encuesta.

Accesibilidad

A un 56% de los pacientes se le ha informado de las normas de funcionamiento del hospital y de sus derechos y deberes

en el momento del ingreso. En Obstetricia hallamos los porcentajes más bajos, próximos al 45%.

Un 74,7% de los pacientes dijeron haber podido identificar el grupo profesional (médico, enfermero, celador, etc.) al que

Tabla 3 Grado de asociación entre «buenas prácticas» y la satisfacción

	OR	IC del 95%	
		Inferior	Superior
Autonomía			
Explicaron en qué consistían pruebas o intervenciones realizadas	2,77	1,40	5,47
Madre puede preguntar todo lo que desea saber sobre parto y posparto	3,35	1,45	7,75
Tuvo información al alta sobre qué hacer en casa	2,46	1,27	4,77
Accesibilidad			
Explicaron normas de funcionamiento del hospital	3,53	1,95	6,41
Supo qué profesional lo atendía (médico, enfermero, celador, etc.)	3,36	1,96	5,78
Respeto a la persona			
Pacientes que ven superada la expectativa respecto a la empatía de los profesionales	2,61	1,59	4,26
Informar familiares en Urgencias del tiempo de espera previsto	2,31	1,08	4,65
Consideran que se respetó su intimidad	4,36	1,69	11,23
Calidad del resultado			
Valoración positiva o muy positiva del resultado de la intervención sanitaria	2,10	1,46	3,02
Rapidez de la atención			
Capacidad de respuesta, atención rápida	3,17	1,98	5,09

IC: intervalo de confianza; OR: odds ratio.

pertenecía la persona que los había atendido en cada momento. Los pacientes atendidos en Urgencias (66%) mostraron mayores dificultades para identificar qué tipo de profesional los estaba atendiendo.

Un 77% de los pacientes conocía el nombre del cirujano (siete puntos porcentuales menos en el caso de CMA) y un 76% de media conocía el nombre del médico especialista que lo atiende en Consultas Externas. Solo se preguntó si conocía al personal de enfermería que lo atendió por su nombre en CMA, siendo un 43% el porcentaje de pacientes que afirmaron conocerlo.

Respecto al valor predictivo de la asociación entre las «buenas prácticas» relacionadas con la accesibilidad y la satisfacción, podemos observar ([tabla 3](#)) que únicamente resultaron significativos el haber recibido información sobre las normas de funcionamiento del hospital y que el profesional sanitario que los atendiese estuviera identificado.

Respeto a la persona

El porcentaje de pacientes que ven superada su expectativa respecto de la empatía que demuestran los profesionales hacia ellos es, en todos los casos, superior al 64%.

Algo más de un 10% manifestó no poder dormir a causa de voces o ruidos que se lo impedían. Este porcentaje tiende a reducirse en plantas de Medicina y tiende a incrementarse en Pediatría (menos de 6 años).

En cuanto a otras buenas prácticas analizadas, en el caso de Urgencias se informó a un 47% de los acompañantes del tiempo previsto para disponer de las pruebas diagnósticas del paciente.

El 94,4% de las pacientes en Obstetricia y el 83,8% de los atendidos en Urgencias reconocen que los profesionales sanitarios han hecho lo posible por respetar su intimidad.

El 89% de los pacientes atendidos en Urgencias afirmó que se respetó su deseo y pudo estar acompañado por un familiar o persona próxima. A su vez, el 87% de las mujeres atendidas en los servicios de Obstetricia pudo, si así lo deseaba, estar acompañado por la persona de su elección durante el parto. Los menores en Pediatría pudieron estar acompañados por sus padres en el 93,5% de los casos.

Las «buenas prácticas» relacionadas con la accesibilidad cuyo valor predictivo se asoció con la satisfacción ([tabla 3](#)) fueron la empatía de los profesionales y el respeto a la intimidad así como, en la modalidad de atención de urgencias, el informar a los familiares del tiempo de espera previsto para atender al paciente.

Calidad del resultado

El resultado de la atención sanitaria fue valorado positivamente por el 60% y hasta un 96% lo consideró positivo o adecuado.

La percepción de que el resultado de la atención sanitaria recibida fue positivo se asoció de forma significativa a la satisfacción del paciente ([tabla 3](#)).

Evitar sufrimiento innecesario

El 61% de los pacientes encuestados valoró positivamente las atenciones recibidas para aliviar el dolor. Solo un 2,5% las consideró inadecuadas.

Rapidez de la atención

En torno al 60% de los pacientes afirmó ver superada su expectativa respecto de la capacidad de respuesta de los profesionales.

Como se puede ver en la tabla 3, esta capacidad de respuesta en planta, cuando el paciente solicita algo, mostró tener valor predictivo con la satisfacción declarada por el paciente.

Discusión

En este estudio se han agrupado las inicialmente consideradas «buenas prácticas» en función de derechos básicos del paciente. En cuanto al primero de los objetivos hay que señalar que la ocurrencia de estas buenas prácticas es alta en la mayoría de los casos. O, dicho de otra forma, parece, a tenor de los datos, que los profesionales hacen un esfuerzo para responder a las necesidades de los pacientes y cumplen positivamente con los requisitos básicos de calidad definidos para una atención sanitaria «centrada en el paciente». Este resultado coincide con los datos aportados por los estudios sobre actitudes hacia los derechos de los pacientes^{23,24}. Sin embargo, puede que no sean conscientes de que estas prácticas que realizan de manera continuada se relacionan con derechos recogidos en esta norma^{25,26}.

Los datos obtenidos muestran con claridad que la ocurrencia de estas buenas prácticas se relaciona directa y significativamente con la satisfacción que el paciente manifiesta tener después del alta hospitalaria (o tras la visita al especialista en consultas externas). De hecho, hemos comprobado cómo la acogida al hospital, el consentimiento informado, el saber con qué profesional está cada vez, que el paciente valore positivamente el resultado de la intervención sanitaria o la capacidad de respuesta incrementan significativamente la probabilidad de que el paciente se declare satisfecho. Esta información complementa aquella otra que estudios de corte cualitativo y cuantitativo han puesto de relieve sobre las dimensiones de la atención sanitaria clave para la satisfacción de los pacientes^{20, 27, 28}.

En cuanto a las medidas analizadas que fomentan la autonomía del paciente hay que señalar que el consentimiento informado o la información al alta son prácticas muy consolidadas, lo que no impide que exista una oportunidad de mejora en el caso del consentimiento informado de pacientes ingresados en plantas de Medicina. Esta es una oportunidad de mejora que debe considerar que la LAP entiende que la información verbal es suficiente en un amplio número de casos, a diferencia de las directrices anteriores. Este dato resulta especialmente de interés, ya que si tenemos en cuenta los datos aportados por el estudio de Guix et al, algunos médicos siguen considerando el consentimiento informado como una traba burocrática²³. Por ello, que esta norma permita una mayor facilidad a la hora de transmitir la información puede ser beneficioso para reducir la práctica de la medicina defensiva.

Aproximadamente casi la mitad de los pacientes que ingresan no son informados de las normas de funcionamiento del centro, ni de sus derechos ni obligaciones. Probablemente haya que buscar las razones de este dato en la

presión asistencial y en que un porcentaje importante de pacientes ingresa por la vía de Urgencias (como es el caso de Obstetricia). No obstante, supone una oportunidad de mejora, ya que claramente esta buena práctica aparece asociada a que el paciente realice una valoración muy positiva de la atención sanitaria que recibe en el hospital, además de que los estudios muestran cómo los pacientes manifiestan la necesidad de ser informados^{23,29}.

Otro de los derechos que se ha destacado en los últimos años es que el paciente sepa, en cada momento, qué tipo de profesional lo está atendiendo. Si se exceptúa el caso de Urgencias, donde puede ser en ocasiones algo más confuso distinguir si se trata de un enfermero o de un médico en un momento determinado, lo cierto es que el porcentaje de pacientes que contestan afirmativamente es elevado y cabe esperar que las prácticas introducidas en muchos centros de identificación del personal contribuyan a incrementar estos porcentajes, máxime cuando se comprueba que este tipo de medidas se asocian a la satisfacción del paciente³⁰. No obstante, a tenor de los datos presentados en el estudio de Yetano et al³¹, en el que únicamente un 26,5% de los pacientes identificó al médico responsable que les firmaba el alta hospitalaria, debemos resaltar la importancia de identificar claramente al personal que está atendiendo a los pacientes para asegurarnos su satisfacción.

El respeto a la persona es uno de los pilares de la Carta de Derechos Europea, de la Declaración de Barcelona y de la LAP. En este estudio se han incluido buenas prácticas asociadas a este principio ético, como es el caso de la empatía de los profesionales hacia los pacientes y del respeto a su intimidad. La valoración de los pacientes de la preocupación de los profesionales por entender lo que les ocurre o lo que necesitan ha resultado elevada, especialmente en CMA. En este caso, en Cirugía y Obstetricia los porcentajes son sensiblemente inferiores y abren oportunidades de mejora. En el primer caso, parece razonable pensar que es indispensable para la confianza del paciente en casa que el personal sanitario haga gala de esa empatía hacia sus necesidades. En el segundo, probablemente nos encontramos ante dos tipos de prestaciones en las que el nivel de exigencia de los pacientes se esté incrementando.

Una amplia mayoría de los pacientes en Obstetricia afirma que se ha hecho todo lo posible por respetar su intimidad, dato que, aunque algo inferior, también se observa en la atención urgente, pese a todas las dificultades que esta modalidad de atención supone. No obstante, puesto que nuestros datos indican que la intimidad está claramente relacionada con la satisfacción del paciente y algunos estudios señalan que los profesionales médicos sacrifican el tema de la intimidad frente a cuestiones más técnicas²³, que lo reconocen como un derecho del paciente pero afirman respetarlo únicamente la mitad de los encuestados²⁵, es necesario incidir en la importancia de hacer un esfuerzo por respetar este derecho de los pacientes³².

Claramente, la información a los familiares de los pacientes atendidos en Urgencias es un factor que promueve la satisfacción, hallazgo que coincide con el estudio de Nuñez et al³⁰. Los protocolos de actuación, en este sentido, deben considerar esta posibilidad recabando del paciente la autorización que contempla la LAP como una práctica de calidad.

El resultado de la intervención sanitaria supera las expectativas de más del 60% de los pacientes, a excepción de los pacientes atendidos en Urgencias. Si a esta cifra sumamos el porcentaje de pacientes que consideran adecuado el resultado final de la intervención, puede decirse, a tenor de los datos, que la atención sanitaria cumple con su objetivo, al menos desde el punto de vista del paciente. La atención urgente, probablemente, requiere ser evaluada con otros parámetros y se ve muy influida por la presión asistencial y los tiempos percibidos de atención.

En este estudio hemos comprobado que la ausencia de determinadas «buenas prácticas» no necesariamente genera insatisfacción, y hemos identificado qué prácticas tienen un poderoso efecto sobre la satisfacción de los pacientes. A su vez, se han señalado áreas de mejora que, probablemente, sean comunes a muchos centros de nuestro país, y se ha destacado el papel que sobre la satisfacción tienen las expectativas acerca de lo que probablemente ocurrirá, expectativas basadas en el conocimiento que poseen otros pacientes sobre «cómo son las cosas», o en experiencias previas con ese o con otros hospitales. Con todo, este estudio presenta algunas limitaciones que conviene considerar. La primera, que hay pacientes que rechazaron responder. Aunque el tamaño y composición de la muestra corresponden a las características de los pacientes atendidos en los centros sanitarios, queda la duda de si existen diferencias entre ambos grupos; por ejemplo, que quienes estuvieran insatisfechos decidieran no contestar o que quizás carecieran del tiempo necesario para hacerlo. Se añade a este punto, que cabe esperar cierta variabilidad en la presentación de las encuestas a los pacientes, pese a las instrucciones escritas y el cuidado puesto en limitar dicha variabilidad, y que esto afecte, además, a los rechazos. Segundo, que los pacientes identifiquen una «buena práctica» no implica que esta se aplique con plena potencialidad o que sea mejorable. Incluso no implica que dicha buena práctica se lleve realmente a efecto, solo que el paciente ha respondido afirmativamente. Tercero, aunque el tamaño muestral se ha respetado y se ha procurado que los errores muestrales de los centros participantes sean equivalentes, no puede afirmarse que sean los mismos. Esta limitación no afecta tanto a la interpretación de los resultados globales pero limita la segmentación de los datos. Cuarto, existe una tendencia a considerar positivas las atenciones sanitarias, de tal forma que la distribución de puntuaciones muestra una marcada asimetría a la derecha. Con todo, el tamaño muestral y la precaución metodológica de seleccionar los pacientes o claramente satisfechos o descontentos debería haber paliado este posible sesgo en la interpretación de los resultados. Por último, hay que señalar que aunque el tamaño muestral es amplio, los datos se han segmentado a fin de ofrecer información para cada conjunto de pacientes, dado que, en la práctica, no son las mismas condiciones ni expectativas las que probablemente tengan pacientes en Obstetricia, en Cirugía, en Urgencias o en Consultas Externas. Este hecho mejora la comprensión de la información pero limita la potencia estadística del estudio.

Por el contrario, una de las ventajas de este estudio es describir la ocurrencia de buenas prácticas, lo que debe permitir en el futuro comparar resultados. Y, segundo, identificar qué áreas requieren atención de directivos y profesionales para cumplir con el objetivo de ofrecer una

asistencia centrada en el paciente, ya que, aunque se sospecha que estas prácticas están relacionadas con la satisfacción del paciente, no existen hasta ahora suficientes estudios que permitan afirmarlo con rotundidad. Más aún, algunos resultados sugieren que podría no ser tan evidente como a primera vista sucede, ya que las expectativas de los pacientes (especialmente sobre lo que probablemente van a encontrar cuando acuden al hospital) es muy posible que condicione este resultado. Avanzar en este conocimiento puede suponer una ventaja a la hora de diseñar los procesos asistenciales y hacer efectiva una atención más «centrada en el paciente». Los datos que recogemos son, en términos generales, positivos. No obstante, como señala Jovell³³, debemos ser conscientes de que los sistemas sanitarios tienen ante sí, en los próximos años, como consecuencia del cambio de un paradigma paternalista a otro de decisiones compartidas donde el respeto a los valores y autonomía del paciente son la clave, «un cambio sin precedentes, un cambio que probablemente exceda a la capacidad de reacción de profesionales e instituciones». Estos cambios no estarán ocasionados por estas buenas prácticas que parecen consolidadas, sino precisamente por nuevas demandas que requerirán de nuevas respuestas; respuestas que pueden empezar fomentando, por ejemplo, la figura de un paciente «competente» —que se hace responsable de su salud y participa en la toma de decisiones clínicas—, lo que supone que sea consciente de que comparte riesgos con el profesional que lo asesora y orienta^{34,35}.

Financiación

Estudio realizado como parte de las acciones del proyecto de investigación financiado por el FIS de referencia PI06/0574 que ha contado con el respaldo de la Consellería de Sanitat de la Generalitat Valenciana. Adicionalmente, durante la realización de este estudio se ha contado con una ayuda a grupos de investigación de la Dirección General de Investigación y Transferencia Tecnológica. Generalitat Valenciana (referencia: 05/030).

Agradecimientos

Este estudio se ha realizado en coordinación con la Dirección General de Calidad y Atención al Paciente de la Agencia Valenciana de Salud. En la realización de este estudio ha sido fundamental la participación de los propios profesionales de los hospitales que han facilitado la realización del estudio de campo.

Bibliografía

1. Beaucham TL, Childress JF. Principles of biomedical ethics, 3 ed. New York: Oxford University Press; 1989.
2. Jadad A, Rizzo C, Enkin M. I am a good patient believe it or not. BMJ. 2003;326:1293–4.
3. Coulter A, Magee H. The European patient of the future. Philadelphia: Open University Press; 2003.
4. Mira JJ, Rodríguez-Marín J. Análisis de las condiciones en las que los pacientes toman decisiones responsables. Med Clin (Barc). 2001;116:104–10.

5. Boletín Oficial del Estado. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica. BOE (Nov. 15, 2002).
6. Antequera JM. Una nueva era en la sanidad... el ciudadano sanitario. *Rev Admin Sanit.* 2003;1:161-3.
7. Palacio F. Los derechos de los pacientes: algunas reflexiones desde la atención primaria. *Rev Calid Asist.* 2005;20:311-7.
8. Sánchez-Caro J. La ley sobre autonomía del paciente y su repercusión en las Comunidades Autónomas. *Rev Admin Sanit.* 2003;1:189-202.
9. García C, Cázar V, Almenara J. La autonomía del paciente y los derechos en materia de información y documentación clínica en el contexto de la Ley 41/2002. *Rev Esp Salud Pública.* 2004;78:469-79.
10. Delgado MT, Simón P, Sanz B. Ley de autonomía del paciente. *Aten Primaria.* 2003;32:265-7.
11. Herrero A, Reyes A, García F. Valoración del consentimiento informado por médicos y pacientes. *Rev Calid Asist.* 2001;16:706-13.
12. Batista JE, Isabal H, Macia N, Palou A. Encuesta sobre información a los pacientes hospitalizados en un centro monográfico. *Actas Urol Esp.* 1994;18:709-13.
13. Sainz A, Martínez-Mondejar B, Quintana O. Consentimiento informado y satisfacción de los pacientes: resultados de una encuesta telefónica realizada a pacientes de 5 hospitales del INSALUD (XV Congreso de la S.E.C.A.). *Rev Calid Asist.* 1997;12:100-6.
14. Mukamel DB, Mushilin AI. Quality of care information makes a difference. *Med Care.* 1998;36:945-54.
15. Kassirer JP. Incorporating patients' preferences into medical decisions. *N Eng J Med.* 1994;330:1895-6.
16. Mira JJ, Tirado S, Pérez-Jover V, Vitaller J. Determinantes de la elección de hospital por parte de los pacientes. *Gac Sanit.* 2004;18:205-12.
17. Van Dalen I, Groothoff J, Stewart R, Spreeuwenberg P, Groenewegen P, Van Horn J. Motives for seeking a second opinion in orthopaedic surgery. *J Health Serv Policy.* 2001;6:195-201.
18. Mellink WA, Dulmen AM, Wiggers T, Spreeuwenberg PM, Eggermont AM, Bensing JM. Cancer patients seeking a second surgical opinion: Results of a study on motives, needs, and expectations. *J Clin Oncol.* 2003;21:1492-7.
19. Bowers MR, Swan JE, Koehler WF. What attributes determine quality and satisfaction with health care delivery? *Health Care Manage Rev.* 1994;19:49-55.
20. 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.
21. Sitzia J. How valid and reliable are patient satisfaction data? An analysis of 195 studies. *Int J Qual Health Care.* 1999;11:319-28.
22. Mira JJ, Aranaz J. La satisfacción del paciente como una medida del resultado de la atención sanitaria. *Med Clin (Barc).* 2000;114:26-33.
23. Guix J, Fernández J, Sala J. Pacientes, médicos y enfermeros: tres puntos de vista distintos sobre una misma realidad. Actitudes y percepciones ante los derechos de los pacientes. *Gac Sanit.* 2006;20:465-72.
24. Ruiz-Moral R, Gavilán-Moral E, Péruela LA, Jaramillo-Martín I. ¿Cuáles son las expectativas de los pacientes cuando acuden a una consulta de atención primaria y qué piensan los médicos sobre ellas? *Rev Calid Asist.* 2008;23:45-51.
25. Martínez-Mateo F, Ibáñez JM, Fontanet M, Fusté C, Ruesga O, Salas L, et al. Derechos del usuario del hospital: conocimiento y percepción sobre su cumplimiento por parte de los profesionales. *Rev Calid Asist.* 2008;23:72-82.
26. Mira JJ, Lorenzo S, Vitaller J, Guilabert M. Derechos de los pacientes. Algo más que una cuestión de actitud. *Gac Sanit* 2010;24:247-250.
27. Gea MT, Hernán M, Jiménez-Martín J, Cabrera A. Opinión de los usuarios sobre la calidad del Servicio de Urgencias del Centro Médico-Quirúrgico del Hospital Virgen de las Nieves. *Rev Calid Asist.* 2001;16:37-44.
28. Mira JJ, Rodríguez-Marín J, Peset R, Ybarra J, Pérez-Jover V, Palazón I, et al. Causas de satisfacción y de insatisfacción de los pacientes en hospitales y atención primaria. *Rev Calid Asist.* 2002;17:273-83.
29. González R, Gijón MT, Escudero MJ, Prieto MA, March JC, Ruiz A. Perspectivas de la ciudadanía sobre necesidades y expectativas de información sanitaria. *Rev Calid Asist.* 2008;23:101-8.
30. Núñez S, Martín-Martín AF, Rodríguez I, González I, Antolín J, Hernández R, et al. Identificación de problemas de calidad en la información clínica a usuarios de un servicio de Urgencias hospitalario. *Rev Clin Esp.* 2002;202:629-34.
31. Yetano J, Chueca A, Aguirre U, López-Albeloa G, Gallego I, Guajardo J. El médico responsable del paciente hospitalizado y sus implicaciones en la calidad de la asistencia. *Rev Calid Asist.* 2009;24:32-5.
32. Soldevilla-Cantueso MA, Solano-Corrales D, Luna-Medina E. La intimidad desde una perspectiva global: pacientes y profesionales. *Rev Calid Asist.* 2008;23:52-6.
33. Jovell A. El paciente "impaciente" ¿gobernarán los ciudadanos los sistemas sanitarios? *El Médico.* 2003;25:66-72.
34. Coulter A. After Bristol: Putting patients at the centre. *BMJ.* 2002;324:648-51.
35. Mira JJ. El paciente competente, una alternativa al paciente competente, una alternativa al paternalismo. *Monogr Humanit.* 2005;8:111-23.